ਯੋਜਨਾ

ਸਾਲ 31 • ਅੰਕ 7 • ਫ਼ਰਵਰੀ 2016 • ਕੁੱਲ ਪੰਨੇ 52

ਮੁੱਖ ਸੰਪਾਦਕ

ਦੀਪਿਕਾ ਕੱਛਲ

ਸੰਪਾਦਕ

ਗਗਨਦੀਪ ਕੌਰ ਦੇਵਗਨ

ਸੰਪਾਦਕੀ ਦਫ਼ਤਰ

ਈਸਟ ਬਲਾਕ-4, ਲੈਵਲ-7

ਆਰ. ਕੇ. ਪੁਰਮ, ਨਵੀਂ ਦਿੱਲੀ-110066

ਫ਼ੋਨ ਤੇ ਫੈਕਸ : 011-26177591

ਈਮੇਲ : yojanapunjabi@yahoo.com

ਵੈੱਬਸਾਈਟ : www.yojana.gov.in

www.publicationsdivision.nic.in

https//www.facebook.com/pages/yojana-journal

ਸੰਯੁਕਤ ਨਿਰਦੇਸ਼ਕ (ਉਤਪਾਦਨ)

ਵੀ.ਕੇ. ਮੀਨਾ

ਬਿਜ਼ਨਿਸ ਮੈਨੇਜਰ

ਸੂਰੀਆਕਾਂਤ ਸ਼ਰਮਾ

ਫ਼ੋਨ: 011-24367260 ਫੈਕਸ : 011-24365609

(ਸਰਕੂਲੇਸ਼ਨ ਤੇ ਵਿਗਿਆਪਨ)

ਜਰਨਲ ਯੂਨਿਟ

ਪ੍ਰਕਾਸ਼ਨ ਵਿਭਾਗ, ਸੂਚਨਾ ਤੇ ਪ੍ਰਸਾਰਨ ਮੰਤਰਾਲਾ,

ਕਮਰਾ ਨੰ. 48-53, ਸੂਚਨਾ ਭਵਨ, ਸੀ.ਜੀ.ਓ. ਕੰਪਲੈਕਸ,

ਲੋਧੀ ਰੋਡ, ਨਵੀਂ ਦਿੱਲੀ-110003

ਈਮੇਲ : *pdjucir@gmail.com*

ਕਵਰ : **ਜੀ.ਪੀ.ਧੋਪੇ**

ਇਸ ਅੰਕ ਵਿਚ

- ਭਾਰਤ ਦੇ ਸਿਹਤ ਖੇਤਰ ਵਿੱਚ ਮੁੱਦੇ ਅਤੇ ਚੁਨੌਤੀਆਂ : - ਟੀ ਸੁੰਦਰਰਮਨ 4
- ਭਾਰਤ ਵਿੱਚ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਸਿਹਤ ਨੀਤੀ ਦਾ ਵਿਕਾਸ - ਜੇ.ਵੀ.ਆਰ. ਪ੍ਰਸਾਦ ਰਾਓ 11
- ਭਾਰਤ ਵਿੱਚ ਸਿਹਤ ਉਪਰ ਖਰਚਾ – ਨਿਪੁੰਨਤਾ ਵਧਾਉਣਾ - ਅਲੋਕ ਕੁਮਾਰ 14
- ਕਬਾਇਲੀ ਇਲਾਕਿਆਂ ਵਿੱਚ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ : ਵਰਤਮਾਨ ਅਤੇ ਭਵਿੱਖ - ਅਭੇ ਬਾਂਗ 16
- ਲਗਾਤਾਰ ਵਿਕਾਸ ਦੇ ਯੁੱਗ ਵਿੱਚ ਸਿਹਤ - ਕੇ. ਸ੍ਰੀਨਾਥ ਰੈਡੀ 19
- ਸਾਰਿਆਂ ਲਈ ਸਿਹਤ : ਇੱਕ ਅਹਿਮ ਅੰਤਰਰਾਸ਼ਟਰੀ ਦ੍ਰਿਸ਼ਟੀਕੋਨ - ਸੁਭਾਸ਼ ਸ਼ਰਮਾ 22
- ਸਿਹਤ ਸੰਚਾਰ ਦੀ ਤਾਕਤ ਅਤੇ ਵਾਅਦੇ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਦਾ ਖਾਕਾ - ਸੰਜੀਵ ਕੁਮਾਰ 27
- ਸਾਰਿਆਂ ਲਈ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਲਗਾਤਾਰ ਵਿਕਾਸ ਦੇ ਟੀਚੇ ਮਨੁੱਖੀ ਅਤੇ ਵਾਤਾਵਰਨਿਕ ਸਿਹਤ 'ਤੇ ਪ੍ਰਭਾਵ - ਚੰਦਰਕਾਂਤ ਲਹਾਰੀਆ 30
- ਕੁਪੋਸ਼ਣ ਘਟਾਉਣਾ : ਔਰਤ ਦਾ ਸਿਹਤਮੰਦ ਹੋਣਾ ਜ਼ਰੂਰੀ - ਮੀਰਾ ਮਿਸ਼ਰਾ 34
- ਮਿਸ਼ਨ ਇੰਦਰਧਨੁਸ਼ : ਭਾਰਤ ਵਿੱਚ ਬੱਚਿਆਂ ਨੂੰ ਰੋਗਾਂ ਤੋਂ ਬਚਾਉਣ ਲਈ ਉਮੀਦ ਦੀ ਕਿਰਨ - ਰਾਕੇਸ਼ ਕੁਮਾਰ 37
- ਪ੍ਰਭਾਵਸ਼ਾਲੀ ਵਿਕਾਸ ਹੁੰਘਾਰੇ ਲਈ ਐੱਚ ਆਈ ਵੀ ਦੇ ਸਬਕ - ਅਲਕਾ ਨਾਰੰਗ, ਐਂਜਲਾ ਚੌਧਰੀ 40
- ਕਿਸ਼ੋਰਾਂ ਦੀ ਸਿਹਤ - ਸੁਸ਼ਮਾ ਦੁਰੇਜਾ 42
- ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਜਾਣਦੇ ਹੋ? - ਵਾਟਿਕਾ ਚੰਦਰਾ 45
- ਮੇਕਾ ਇਨ ਇੰਡੀਆ - ਸੰਦੀਪ ਦਾਸ 46
- ਭਾਰਤ ਵਿੱਚ ਮੌਜੂਦਾ ਮੈਡੀਕਲ ਸਥਿਤੀ : ਸਿਹਤ ਜਾਗਰੂਕਤਾ - ਇਕ ਕ੍ਰਾਂਤੀ ਦੀ ਲੋੜ - ਮਨੀਸ਼ ਕੁਮਾਰ 48

ਯੋਜਨਾ ਪੰਜਾਬੀ ਸਮੇਤ ਅਸਮੀਆ ਬਾਂਗਲਾ, ਅੰਗਰੇਜ਼ੀ, ਗੁਜਰਾਤੀ, ਕੰਨੜ, ਮਲਿਆਲਮ, ਮਰਾਠੀ, ਓਡੀਆ, ਤੇਲਗੂ ਤੇ ਉਰਦੂ ਭਾਸ਼ਾਵਾਂ ਵਿਚ ਵੀ ਪ੍ਰਕਾਸ਼ਿਤ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਪੱਤ੍ਰਿਕਾ ਮੰਗਾਉਣ ਵਾਸਤੇ, ਨਵੀਂ ਮੈਂਬਰਸ਼ਿਪ, ਨਵਿਆਉਣ, ਪੁਰਾਣੇ ਅੰਕਾਂ ਦੀ ਪ੍ਰਾਪਤੀ ਤੇ ਏਜੰਸੀ ਆਦਿ ਲਈ ਮਨੀਆਰਡਰ/ਡੀਮਾਂਡ ਡ੍ਰਾਫਟ/ਪੋਸਟਲ ਆਰਡਰ 'ADG(i/c), Publications Division' ਦੇ ਨਾਂ 'ਤੇ ਬਣਵਾ ਕੇ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਪਤੇ 'ਤੇ ਭੇਜੋ। ਬਿਜ਼ਨਿਸ ਮੈਨੇਜਰ (ਸਰਕੂਲੇਸ਼ਨ ਤੇ ਵਿਗਿਆਪਨ) ਪ੍ਰਕਾਸ਼ਨ ਵਿਭਾਗ, ਈਸਟ ਬਲਾਕ-4, ਲੈਵਲ-7, ਆਰ.ਕੇ. ਪੁਰਮ, ਨਵੀਂ ਦਿੱਲੀ-110066, ਫ਼ੋਨ-26100207, 26105590 ਤਾਰ: ਸੂਚਨਾਪ੍ਰਕਾਸ਼ਨ

ਮੈਂਬਰ ਬਣਨ ਤੇ ਪੱਤ੍ਰਿਕਾ ਮੰਗਵਾਉਣ ਲਈ ਤੁਸੀਂ ਸਾਡੇ ਹੇਠਲੇ ਵਿੱਕਰੀ ਕੇਂਦਰਾਂ ਨਾਲ ਵੀ ਸੰਪਰਕ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ : • ਪ੍ਰਕਾਸ਼ਨ ਵਿਭਾਗ, ਸੂਚਨਾ ਭਵਨ, ਸੀ.ਜੀ.ਓ. ਕੰਪਲੈਕਸ, ਨਵੀਂ ਦਿੱਲੀ -110003 (ਫ਼ੋਨ. 24365610) • ਹਾਲ ਨੰ. 196, ਪੁਰਾਣਾ ਸਕੱਤਰੇਤ, ਦਿੱਲੀ - 110054 (ਫ਼ੋਨ.23890205) • 701, ਬੀ ਵਿੰਗ, ਸੱਤਵੀਂ ਮੰਜ਼ਿਲ, ਕੇਂਦਰੀ ਸਦਨ, ਬੇਲਾਪੁਰ, ਨਵੀਂ ਮੁੰਬਈ-400614 (ਫ਼ੋਨ. 27570686 • 8 ਐਸਪਲੇਨੇਡ ਈਸਟ, ਕੋਲਕਾਤਾ - 700069 (ਫ਼ੋਨ. 22488030) • ਏ ਵਿੰਗ, ਰਾਜਾਜੀ ਭਵਨ, ਬੇਸੇਂਟ ਨਗਰ, ਚੇਨੱਈ - 600090 (ਫ਼ੋਨ. 24917673) • ਪ੍ਰੈੱਸ ਰੋਡ, ਨੇੜੇ ਗੌਰਮਿੰਟ ਪ੍ਰੈੱਸ, ਤਿਰੂਵਾਨੰਤਪੁਰਮ 695001 (ਫ਼ੋਨ. 2330650) • ਬਲਾਕ ਨੰ. 4, ਗ੍ਰਹਿਕਲਪ ਕੰਪਲੈਕਸ, ਐਮ. ਜੀ. ਰੋਡ, ਨਾਮਪੱਲੀ, ਹੈਦਰਾਬਾਦ - 500001 (ਫ਼ੋਨ.24605383) • ਪ੍ਰਥਮ ਤਲ, 'ਐਫ' ਵਿੰਗ, ਕੇਂਦਰੀ ਸਦਨ, ਕੋਰਾਮੰਗਲਾ, ਬੰਗਲੋਰ - 560034 (ਫ਼ੋਨ. 25537244 • ਬਿਹਾਰ ਰਾਜ ਸਹਿਕਾਰੀ ਬੈਂਕ ਬਿਲਡਿੰਗ, ਅਸ਼ੋਕ ਰਾਜਪਥ, ਪਟਨਾ - 800004 (ਫ਼ੋਨ.2683407) • ਹਾਲ ਨੰ. 1, ਦੂਜੀ ਮੰਜ਼ਲ, ਕੇਂਦਰੀ ਭਵਨ, ਸੈਕਟਰ ਐੱਚ, ਅਲੀਗੰਜ, ਲਖਨਊ - 226024 (ਫ਼ੋਨ.2225455 • ਅੰਬਿਕਾ ਕੰਪਲੈਕਸ, ਪ੍ਰਥਮ ਤਲ, ਉਪਰ ਯੂਕੋ ਬੈਂਕ, ਪਾਲਦੀ, ਅਹਿਮਦਾਬਾਦ - 380007 (ਫ਼ੋਨ. 26588669) • ਕੇ.ਕੇ.ਬੀ ਰੋਡ, ਨਿਊ ਕਾਲੋਨੀ, ਹਾਊਸ ਨੰ. 7, ਚੇਨੀ ਕੁਥੀ, ਗੁਵਾਹਟੀ - 781003 (ਫ਼ੋਨ. 2665090)

ਚੰਦਾ ਦਰਾਂ : 1 ਸਾਲ ਰੁ.100, 2 ਸਾਲ ਰੁ.180, 3 ਸਾਲ ਰੁ.250 - ਸਾਰਕ ਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ ਸਾਲਾਨਾ ਰੁ.530 ; ਯੂਰਪੀ ਤੇ ਹੋਰ ਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ ਸਾਲਾਨਾ ਰੁ.730. ਯੋਜਨਾ ਵਿਚ ਪ੍ਰਕਾਸ਼ਿਤ ਨਿਬੰਧਾਂ ਵਿਚ ਪ੍ਰਗਟਾਏ ਵਿਚਾਰ ਲੇਖਕਾਂ ਦੇ ਆਪਣੇ ਹਨ। ਜ਼ਰੂਰੀ ਨਹੀਂ ਕਿ ਉਹ ਲੇਖਕ ਭਾਰਤ ਸਰਕਾਰ ਦੇ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਮੰਤਰਾਲਿਆਂ, ਵਿਭਾਗਾਂ ਤੇ ਸੰਗਠਨਾਂ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਹਨ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਵੀ ਇਹੀ ਦ੍ਰਿਸ਼ਟੀਕੋਨ ਹੋਵੇ। ਪੱਤ੍ਰਿਕਾ ਵਿਚ ਪ੍ਰਕਾਸ਼ਿਤ ਵਿਗਿਆਪਨਾਂ ਦੇ ਵਿਸ਼ਾ ਵਸਤੂ ਵਾਸਤੇ ਯੋਜਨਾ ਜਵਾਬਦੇਹ ਨਹੀਂ ਹੈ।

ਭਾਰਤ ਦੇ ਸਿਹਤ ਖੇਤਰ ਵਿੱਚ ਮੁੱਦੇ ਅਤੇ ਚੁਨੌਤੀਆਂ : ਦ੍ਰਿਸ਼ਟੀਕੋਨ ਅਤੇ ਅੱਗੇ ਦਾ ਰਾਹ

ਟੀ. ਸੁੰਦਰਰਮਨ

ਸਿਹਤ ਤੇ ਆਰਥਕ ਵਿਕਾਸ ਵਿਚਕਾਰ ਸੰਬੰਧ

ਭਾਰਤ ਦਾ ਸਿਹਤ ਖੇਤਰ ਚੌਰਾਹੇ ਉਤੇ ਖੜ੍ਹਾ ਹੈ। ਅਜਿਹਾ ਕੁੱਝ-ਕੁੱਝ ਵਿਕਾਸ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਵਿਚਕਾਰ ਦਿਲਚਸਪ ਸਬੰਧ ਕਰਕੇ ਹੈ, ਜਿਸ ਨੂੰ ਪ੍ਰੈਸਟਨ ਕਰਵ ਕਰਕੇ ਜਾਣਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। 1975 ਵਿੰਚ ਸੈਮੂਅਲ ਪ੍ਰੈਸਟਨ ਨੇ ਦਿਖਾਇਆ ਕਿ ਜੇ ਜੀਵਨ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਵਜੋਂ ਮਾਪੀ ਗਈ ਦੇਸ਼ਾਂ ਦੀ ਸਿਹਤ ਨੂੰ ਇਨ੍ਹਾਂ ਦੇਸ਼ਾਂ ਦੀ ਦੌਲਤ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਖੜ੍ਹਾ ਕਰ ਦਿੱਤਾ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਇੱਕ ਹੱਦ ਤੱਕ ਪ੍ਰਤਿ ਵਿਅਕਤੀ ਕੁੱਲ ਘਰੇਲੂ ਉਤਪਾਦ ਵਿੱਚ ਮਾਮੂਲੀ ਵਾਧੇ ਪਿੱਛੇ ਜੀਵਨ ਸੰਭਾਵਨਾ ਵਿੱਚ ਵੱਡਾ ਵਾਧਾ ਹੋਵੇਗਾ। ਫਿਰ ਇਹ ਘੁਮਾਊਦਾਰ ਰੇਖਾ ਅਚਾਨਕ ਸਿੱਧੀ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ - ਅਤੇ ਇਸ ਬਿੰਦੂ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਜੀਵਨ ਸੰਭਾਵਨਾ ਵਿੱਚ ਮਾਮੂਲੀ ਵਾਧੇ ਲਈ ਜਨਤਕ ਸਿਹਤ ਖਰਚੇ ਵਿੱਚ ਵੱਡੇ ਵਾਧਿਆਂ ਦੀ ਲੋੜ ਪੈਂਦੀ ਹੈ (ਡੀਟਨ, 2013)।

ਆਪਣੀ ਕਿਤਾਬ ''ਦਿ ਗਰੇਟ ਐਸਕੇਪ'' ਵਿੱਚ ਇਸ ਸਾਲ ਦੇ ਨੋਬਲ ਇਨਾਮ ਜੇਤੂ ਅਰਥਸ਼ਾਸਤਰੀ ਡੀਟਨ ਵਿਆਖਿਆ ਕਰਦੇ ਹਨ ਕਿ ਪ੍ਰੈਸਟਨ ਕਰਵ (ਰੇਖਾ) ਵਿੱਚ ਵਲ ਪੈਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵੀ, ਸਿਹਤ ਨਤੀਜਿਆਂ ਅਤੇ ਵਿਕਾਸ ਦਰਮਿਆਨ ਇੱਕ ਨਿਰੰਤਰ ਆਪਸੀ ਸਬੰਧ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ - ਜੋ ਹੁਣ ਸਿਰਫ਼ ਇੱਕ ਲਘੂਗਣਿਕ ਸਬੰਧ ਹੈ - ਇਤਨੇ ਹੀ ਵਾਧੇ ਲਈ ਪ੍ਰਤਿ ਵਿਅਕਤੀ ਕੁੱਲ ਘਰੇਲੂ ਉਤਪਾਦ ਵਿੱਚ ਚਾਰ ਗੁਣਾ ਵਾਧੇ ਦੀ ਲੋੜ ਪਵੇਗੀ (ਡੀਟਨ 2013)। ਉਹ ਇਹ ਇਸ਼ਾਰਾ ਵੀ ਕਰਦੇ ਹਨ ਕਿ ਇਹ ਦੋਪਾਸੀ ਸਬੰਧ ਹੈ - ਜੋ ਬਿਹਤਰ ਸਿਹਤ ਲਈ ਨਾ ਕੇਵਲ ਆਰਥਿਕ ਵਿਕਾਸ ਨਾਲ ਹੀ ਸਬੰਧਤ ਹੈ - ਸਗੋਂ ਰੇਖਾ ਵਿੱਚ ਇਹ ਵਲ ਮਹਾਂਮਾਰੀ ਵਿਗਿਆਨ ਤਬਦੀਲੀ ਦੀ ਵੀ ਪ੍ਰਤਿਨਿਧਤਾ ਕਰਦਾ ਹੈ - ਜਦੋਂ ਗ਼ੈਰ-ਛੂਤ ਵਾਲੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਮੌਤਾਂ ਦਾ ਮੁੱਖ ਕਾਰਨ ਬਣਨਾ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ, ਮਾਤਰੀ ਅਤੇ ਬਚਪਨ ਦੀਆਂ ਆਮ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਕਰਕੇ ਘਟ ਰਹੀਆਂ ਮੌਤਾਂ ਦਾ ਨਿਰੰਤਰ ਯੋਗਦਾਨ ਲਗਾਤਾਰ ਘਟ ਰਿਹਾ ਹੈ।

ਪ੍ਰੈਸਟਨ ਕਰਵ ਦੇ 2010 ਦੇ ਰੂਪਾਂਤਰ ਵਿੱਚ, ਭਾਰਤ ਰੇਖਾ ਦੇ ਬਿਲਕੁਲ ਉੱਤੇ ਜਾਂ ਬਹੁਤ ਨੇੜੇ ਪਹੁੰਚ ਚੁੱਕਾ ਹੈ - ਅਤੇ ਇਸ ਦੇ ਨੀਤੀ ਉਤੇ ਗੰਭੀਰ ਪ੍ਰਭਾਵ ਪੈਣਗੇ। ਰੇਖਾ ਦੇ ਵਲ ਵਾਲੇ ਸਥਾਨ ਉਤੇ, ਪਿਛਲੀਆਂ ਪ੍ਰਜਨਨ ਅਤੇ ਬਾਲ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਛੂਤ ਵਾਲੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਦੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਮੌਜਦੂ ਹਨ, ਪਰ ਨਵੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਵੀ ਇਸ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਿਲ ਹਨ। ਜੇ ਸਿਹਤ ਖੇਤਰ ਵਿੱਚ ਜਨਤਕ ਨਿਵੇਸ਼ ਨਹੀਂ ਵਧਦਾ ਤਾਂ ਨਿੱਜੀ ਨਿਵੇਸ਼ ਵਧੇਗਾ। ਪਰ ਕੋਈ ਪੱਕਾ ਨਹੀਂ ਕਿ ਇਸ ਦੇ ਵਧੀਆ ਸਿਹਤ ਨਤੀਜੇ ਹਾਸਲ ਹੋਣਗੇ। ਜੇ ਜਨਤਕ ਨਿਵੇਸ਼ ਵਿੱਚ ਵਾਧਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਇਸ ਨੂੰ ਜਨ ਸਿਹਤ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਨੂੰ ਮਜਬੂਤ ਕਰਨ ਅਤੇ ਨਿੱਜੀ ਖੇਤਰ ਤੋਂ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਖਰੀਦਣ ਵਿਚਕਾਰ ਚੋਣ ਕਰਨੀ ਪਵੇਗੀ। ਜੇ ਪਹਿਲੇ ਕੰਮ ਨੂੰ ਅਮਲ ਵਿੱਚ ਲਿਆਉਣਾ ਹੈ ਤਾਂ ਸਖ਼ਤ ਨਿਯਮਾਂ ਵਾਲੇ ਸ਼ਾਸਕ ਨੂੰ ਲਾਗੂ ਕਰਨ ਅਤੇ ਜਨਤਕ ਖਰਚਾ ਕੁੱਲ ਘਰੇਲੂ ਉਤਪਾਦ ਦੇ 2.5 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਤੋਂ ਕਿਤੇ ਜ਼ਿਆਦਾ ਕਰਨ ਲਈ ਤਿਆਰ ਰਹਿਣਾ ਪਵੇਗਾ, ਜਿਸ ਦੀ ਕਿ ਵਰਤਮਾਨ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਸਿਹਤ ਨੀਤੀ ਦਾ ਖਰੜਾ ਮੰਗ ਕਰਦਾ ਹੈ (ਸੁੰਦਰਰਮਨ, ਮੁਰਲੀਧਰਨ ਅਤੇ ਮੁੱਖੋਪਾਧਿਆਇ 2016)। ਇਹ ਸਾਰੇ ਫੈਸਲੇ ਔਖੇ ਹਨ - ਅਤੇ ਇਸ ਲੇਖ ਵਿੱਚ ਇਨ੍ਹਾਂ ਮੁੱਦਿਆਂ ਤੇ ਚੁਨੌਤੀਆਂ ਬਾਰੇ ਵਿਸਥਾਰ ਸਹਿਤ ਚਰਚਾ ਕੀਤੀ ਜਾ ਰਹੀ ਹੈ।

ਪ੍ਰਜਨਨ ਅਤੇ ਬਾਲ ਸਿਹਤ ਵਿੱਚ ਹੋਈ ਤਰੱਕੀ

ਪਹਿਲੇ ਦੇ ਦਹਾਕਿਆਂ ਵਿੱਚ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮੌਤਾਂ ਛੋਟੇ ਬੱਚਿਆਂ ਨਾਲ ਸਬੰਧਿਤ ਹੁੰਦੀਆਂ ਸਨ - ਇਹ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਪੰਜ ਸਾਲ ਦੀ ਉਮਰ ਤੋਂ ਹੇਠਾਂ ਵਾਪਰਦਾ ਸੀ। ਗਰਭ ਸਬੰਧਿਤ ਮੌਤਾਂ ਦੀ ਗਿਣਤੀ ਵੀ ਕਾਫ਼ੀ ਜ਼ਿਆਦਾ ਸੀ। ਇਨ੍ਹਾਂ ਦੋਹਾਂ ਵਿੱਚ ਤੇਜ਼ੀ ਨਾਲ ਕਮੀ ਆਈ ਹੈ - ਕੁੱਝ ਤਾਂ ਇਸ ਕਰਕੇ ਕਿ ਜਨਮ ਸਮੇਂ ਮੌਤਾਂ ਦੀ ਗਿਣਤੀ ਵਿੱਚ ਕਾਫ਼ੀ ਵੱਡੀ ਕਮੀ ਆਈ ਹੈ ਅਤੇ ਕੁੱਝ ਜਣਨ ਨਿਯੰਤ੍ਰਣ ਸਾਧਨਾਂ ਕਰਕੇ - ਬੱਚਿਆਂ ਜਾਂ ਗਰਭਵਤੀ ਔਰਤਾਂ ਦੀ ਗਿਣਤੀ ਆਪਣੇ ਆਪ ਵਿੱਚ ਕਾਫ਼ੀ ਘਟੀ ਹੈ। ਅਜਿਹੇ ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਕਾਰਨ ਹਨ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਕਰਕੇ ਭਾਰਤ ਅਜਿਹੀ ਕਮੀ ਹਾਸਲ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਸਫਲ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ। ਇੱਕ ਅਹਿਮ ਕਾਰਨ ਪਿਛਲੇ 25 ਸਾਲਾਂ ਦੌਰਾਨ ਨਵਜੰਮੇ ਅਤੇ ਛੋਟੇ ਬੱਚਿਆਂ ਦੀ ਮੌਤ ਦਰ ਘੱਟ ਕਰਨ ਵੱਲ ਵਧੇਰੇ ਧਿਆਨ ਹੋਣਾ ਹੈ। ਪਹਿਲਾਂ ਅਸੀਂ 90ਵਿਆਂ ਦੇ ਅਰੰਭ ਵਿੱਚ ਬੱਚਿਆਂ ਦੇ ਬਚਣ ਅਤੇ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਮਾਂ ਦਾ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਸ਼ੁਰੂ ਕੀਤਾ, ਅਤੇ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਜਨਨ ਅਤੇ ਬੱਚਿਆਂ ਦੀ ਸਿਹਤ ਦੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ 90ਵਿਆਂ ਦੇ ਅਖੀਰਲੇ ਦਹਾਕੇ ਦੇ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਹਿੱਸੇ ਵਿੱਚ ਚਲਾਏ ਗਏ। ਫਿਰ 2005 ਵਿੱਚ ਸੋਧ ਕਰਕੇ ਜ਼ਿਆਦਾ ਸਫਲ ਆਰ ਸੀ ਐੱਚ-2 ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਚਲਾਇਆ ਗਿਆ ਅਤੇ ਇਸ ਸਮੇਂ ਇਹ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਦਿਹਾਤੀ ਮਿਸ਼ਨ ਨਾਲ ਏਕੀਕ੍ਰਿਤ ਹੋ ਗਿਆ। 90ਵਿਆਂ

ਵਿੱਚ ਵਿੱਤੀ ਸੰਕਟ ਅਤੇ ਢਾਂਚਾਗਤ ਸੁਧਾਰਾਂ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ ਇਨ੍ਹਾਂ ਪ੍ਰਜੈਕਟਾਂ ਨੇ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਇਆ ਕਿ ਆਰ ਸੀ ਐੱਚ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਇਸ ਸੰਕਟ ਤੋਂ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਰਹਿਣ।

ਦਹਿਸਦੀ ਵਿਕਾਸ ਟੀਚਿਆਂ ਦੇ ਐਲਾਨ ਅਤੇ ਭਾਰਤ ਵਲੋਂ ਇਨ੍ਹਾਂ ਟੀਚਿਆਂ ਦੀ ਪ੍ਰਾਪਤੀ ਲਈ ਦੌੜ ਨੇ ਵੀ ਇਸ ਨੂੰ ਹਾਸਲ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਘੱਟ ਯੋਗਦਾਨ ਨਹੀਂ ਪਾਇਆ। ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਸਿਹਤ ਨੀਤੀ ਦੇ ਖਰੜੇ ਵਿੱਚ ਇਸ ਬਾਰੇ ਇਉਂ ਜ਼ਿਕਰ ਹੈ : "ਮਾਂ ਦੀ ਮੌਤ ਦਾ ਅਨੁਪਾਤ (ਐੱਮ ਐੱਮ ਆਰ) ਲਈ ਐੱਮ ਡੀ ਜੀ ਟੀਚਾ 140 ਪ੍ਰਤਿ 100,000 ਜਨਮ ਹੈ। 1990 ਵਿੱਚ 560 ਦੇ ਬੁਨਿਆਦੀ ਬਿੰਦੂ ਤੋਂ ਲੈ ਕੇ ਦੇਸ਼ ਨੇ 2010-12 ਤੱਕ 178 ਦਾ ਅੰਕੜਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਲਿਆ ਅਤੇ ਗਿਰਾਵਟ ਦੀ ਇਸ ਦਰ ਨਾਲ ਅਨੁਮਾਨ ਹੈ ਕਿ 2015 ਤੱਕ ਐੱਮ ਐੱਮ ਆਰ 141 ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਜਾਵੇਗਾ। 5 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੀ ਮੌਤ ਦਰ (ਯੂ 5 ਐੱਮ ਆਰ) ਦਾ ਐੱਮ ਡੀ ਜੀ ਟੀਚਾ 42 ਹੈ। 1990 ਵਿੱਚ 126 ਦੀ ਬੁਨਿਆਦੀ ਰੇਖਾ ਤੋਂ ਲੈ ਕੇ 2012 ਵਿੱਚ ਦੇਸ਼ ਵਲੋਂ ਯੂ5 ਐੱਮ ਆਰ 52 ਹਾਸਲ ਕਰ ਲਿਆ ਗਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸ ਰੁਝਾਨ ਨੂੰ ਬਣਾਈ ਰੱਖਣ ਨਾਲ ਇਹ ਦਰ 2015 ਤੱਕ 42 ਹੋ ਜਾਵੇਗੀ (ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਸਿਹਤ ਨੀਤੀ 2015 ਦਾ ਖਰੜਾ)।" ਜਦੋਂ ਅਗਲੇ ਸਾਲ 2015 ਦੇ ਅੰਕੜੇ ਉਪਲਬਧ ਹੋ ਜਾਣਗੇ ਤਾਂ ਸਾਨੂੰ ਪਤਾ ਲੱਗੇਗਾ ਕਿ ਅਸੀਂ ਟੀਚੇ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚੇ ਜਾਂ ਨਹੀਂ - ਪਰ ਅਸੀਂ ਬਹੁਤ ਨੇੜੇ ਜ਼ਰੂਰ ਪਹੁੰਚੇ ਹਾਂ। 1990 ਵਿੱਚ ਭਾਰਤ ਮਾਂ ਅਤੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਮੌਤ ਦਰ ਦੇ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ ਵਿਸ਼ਵ ਔਸਤ ਤੋਂ ਕਾਫ਼ੀ ਪਿੱਛੇ ਚੱਲ ਰਿਹਾ ਸੀ, ਲਗਭਗ 47 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਅਤੇ 40 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਦੀ ਦਰ ਨਾਲ। 2015 ਤੱਕ ਭਾਰਤ ਦੇ ਅੰਕੜੇ ਵਿਸ਼ਵ ਔਸਤ ਨਾਲੋਂ ਕੁੱਝ ਵੱਧ ਸਨ - ਭਾਰਤ ਅਖੀਰ ਨੂੰ ਨਾਲ ਰਲ ਗਿਆ ਅਤੇ ਹੁਣ ਅੱਗੇ ਵਧ ਰਿਹਾ ਹੈ।

ਧਿਆਨ ਦੇਣ ਵਾਲੀ ਗੱਲ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਪ੍ਰਾਪਤੀਆਂ ਸਾਫ਼-ਸਫ਼ਾਈ ਜਾਂ ਬਾਲ ਪੋਸ਼ਣ ਵਿੱਚ ਤੁਲਨਾਤਮਕ ਸੁਧਾਰਾਂ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਸਨ - ਜੋ ਸਿਹਤ ਦੇ ਦੋ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਅਹਿਮ ਸਮਾਜਕ ਨਿਰਧਾਰਕ ਹਨ ਅਤੇ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਭਾਰਤ ਵਿਸ਼ਵ ਔਸਤ ਨਾਲੋਂ ਕਿਤੇ ਪਿੱਛੇ ਚੱਲ ਰਿਹਾ ਹੈ। ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਦੇਸ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਨਵਜੰਮੇ ਬੱਚਿਆਂ ਦੀ ਮੌਤ ਦਰ ਨੂੰ ਗਰੀਬੀ ਤੇ ਗ਼ੈਰ-ਬਰਾਬਰੀ ਦੇ ਪੱਧਰਾਂ ਨਾਲ ਜੋੜ ਕੇ ਵੇਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਨ੍ਹਾਂ ਸਾਲਾਂ ਦੌਰਾਨ ਭਾਰਤ ਵਿੱਚ ਗਰੀਬੀ ਘਟਣ ਦੇ ਦਾਅਵਿਆਂ ਨੂੰ ਚੁਨੌਤੀ ਦਿੱਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਦੋਵੇਂ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੇ ਵਿਚਾਰ ਪ੍ਰਗਟ ਕੀਤੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਪਰ ਇਕ ਗੱਲ ਸਪੱਸ਼ਟ ਹੈ ਕਿ ਬੱਚਾ ਅਤੇ ਮਾਂ ਦੇ ਜੀਵਨ ਦੀ ਮੌਤ ਦਰ ਵਿੱਚ ਕਮੀ, ਸਿਹਤ ਖੇਤਰ ਦੁਆਰਾ ਮਾੜੇ ਸਮਾਜਕ ਨਿਰਧਾਰਕਾਂ ਦੇ ਚੱਲ ਰਹੇ ਦੌਰ ਦੇ ਦੌਰਾਨ ਹੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤੀ ਜਾਣੀ ਹੈ।

ਹਾਂ ਪੱਖੀ ਦਿਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਭਾਰਤ ਨੇ ਦੋ ਸਮਾਜਕ ਨਿਰਧਾਰਕਾਂ ਦੇ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ ਵਿਸ਼ਵ ਪੱਧਰ ਨੂੰ ਛੂਹਣ ਲਈ ਗੰਭੀਰ ਯਤਨ ਕੀਤੇ ਹਨ। ਪਹਿਲਾ ਪੀਣ ਵਾਲੇ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਪਾਣੀ ਦੀ ਪੂਰਤੀ ਸੀ ਜਿਸ ਅਧੀਨ ਹੁਣ 94 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਪਿੰਡ ਤੇ ਬਸਤੀਆਂ ਇਸ ਦੇ ਦਾਇਰੇ ਵਿੱਚ ਆ ਚੁੱਕੀਆਂ ਹਨ (ਡਬਲਯੂ ਐੱਚ ਓ 2015) ਅਤੇ ਦੂਜਾ ਹੈ ਔਰਤਾਂ ਦੀ ਸਾਖਰਤਾ ਜਿਸ ਅਧੀਨ ਤਾਜ਼ਾ ਮਰਦਮਸ਼ੁਮਾਰੀ ਦੱਸਦੀ ਹੈ ਕਿ ਹੁਣ 65.04 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਔਰਤਾਂ ਸਾਖਰ ਹਨ (ਮਰਦਮਸ਼ੁਮਾਰੀ 2011)।

ਸੁਧਰੀ ਹੋਈ ਔਰਤ ਸਾਖਰਤਾ ਦਰ ਦਾ ਹਾਸਲ ਕਰਨਾ ਮੌਜੂਦਾ ਜਨਸੰਖਿਆ ਤਬਦੀਲੀ ਨਾਲ ਨੇੜੇ ਤੋਂ ਜੁੜਿਆ ਹੋਇਆ ਹੈ। ਦਹਾਕਿਆਂ ਦੀ ਜਨਸੰਖਿਆ ਵਿਕਾਸ ਦਰ ਹੁਣ ਘਟ ਰਹੀ ਹੈ ਅਤੇ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਰਾਜਾਂ ਨੇ ਉਹ ਜਨਮ ਦਰ ਹਾਸਲ ਕਰ ਲਈ ਹੈ ਜੋ ਜਨਸੰਖਿਆ ਸਥਿਰਤਾ ਨਾਲ ਮੇਲ ਖਾਂਦੀ ਹੈ (ਪ੍ਰਤਿ 1000 21 ਤੋਂ ਘੱਟ)। ਵਿਕਾਸ ਦਰਾਂ ਕੁੱਝ ਹੋਰ ਸਾਲਾਂ ਲਈ ਉੱਚੀਆਂ ਰਹਿਣਗੀਆਂ - ਜਿਸ ਦਾ ਕਾਰਨ ਜਨਸੰਖਿਆ ਵੇਗ ਹੈ। ਇਹ ਉਸ ਤੱਥ ਵੱਲ ਇਸ਼ਾਰਾ ਕਰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਹੋਰ ਬਹੁਤ ਸਾਰੀਆਂ ਔਰਤਾਂ ਪਿਛਲੀਆਂ ਉੱਚ ਪ੍ਰਜਣਨ ਦਰਾਂ ਕਾਰਨ ਪ੍ਰਜਨਨ ਦੀ ਉਮਰ ਵਿੱਚ ਜਾਂ ਤਾਂ ਦਾਖ਼ਲ ਹੋ ਰਹੀਆਂ ਹਨ ਜਾਂ ਲੰਘ ਰਹੀਆਂ ਹਨ - ਜਿਸ ਕਰਕੇ ਜ਼ਿਆਦਾ ਬੱਚੇ ਜਨਮ ਲੈ ਰਹੇ ਹਨ ਭਾਵੇਂ ਕਿ ਛੋਟੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਢੰਗ ਨੂੰ ਹਾਸਲ ਕਰ ਲਿਆ ਗਿਆ ਹੈ। ਸਿਰਫ਼ ਸੱਤ ਰਾਜਾਂ ਵਿੱਚ ਹਾਲੇ ਵੀ ਪ੍ਰਜਨਨ ਦਰ ਵੱਧ ਹੈ - ਉੱਤਰ ਪ੍ਰਦੇਸ਼, ਬਿਹਾਰ, ਮੱਧ ਪ੍ਰਦੇਸ਼ ਅਤੇ ਰਾਜਸਥਾਨ ਅਤੇ ਕਿਸੇ ਹੱਦ ਤੱਕ ਝਾਰਖੰਡ, ਛੱਤੀਸਗੜ੍ਹ ਤੇ ਮੇਘਾਲਿਆ - ਪਰ ਇਨ੍ਹਾਂ ਰਾਜਾਂ ਵਿੱਚ ਵੀ ਗਿਰਾਵਟ ਦੀ ਦਰ ਉਤਸ਼ਾਹਜਨਕ ਹੈ (ਸਿਹਤ ਤੇ ਪਰਿਵਾਰ ਭਲਾਈ ਮੰਤਰਾਲਾ, 2011)। ਇਸ ਗਿਰਾਵਟ ਦਾ ਜ਼ਿਆਦਾ ਸਿਹਰਾ ਸਿਹਤ ਪ੍ਰਣਾਲੀਆਂ ਦੀ ਮਜਬੂਤੀ ਅਤੇ ਮਾਂ ਕੇਂਦਰਿਤ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਜਿਵੇਂ ਜੇ ਐੱਸ ਵਾਈ, ਜੇ ਐੱਸ ਐੱਸ ਕੇ, ਏ ਐੱਸ ਐੱਚ ਏ, ਡਾਇਲ 108 ਅਤੇ 104 ਐਂਬੂਲੈਂਸ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਵਾਧੂ ਨਰਸਾਂ ਅਤੇ ਏ ਐੱਨ ਐੱਮਜ਼ ਦੀ ਨਿਯੁਕਤੀ ਦੇ ਸੁਮੇਲ ਦੇ ਸਿਰ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਜੋ ਐੱਨ ਆਰ ਐੱਚ ਐੱਮ ਦੌਰਾਨ ਵਾਪਰੀਆਂ।

ਇਸ ਦਾ ਮਤਲਬ ਇਹ ਨਹੀਂ ਕਿ ਪ੍ਰਜਨਨ ਅਤੇ ਬਾਲ ਸਿਹਤ ਦੀਆਂ ਚੁਨੌਤੀਆਂ ਖਤਮ ਹੋ ਗਈਆਂ ਹਨ। ਹਾਲੇ ਇਹ ਬਹੁਤ ਦੂਰ ਦੀ ਗੱਲ ਹੈ। ਹਾਲੇ ਵੀ ਹਰੇਕ ਸਾਲ 46,500 ਮਾਵਾਂ ਅਤੇ 5 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ 1.5 ਮਿਲੀਅਨ ਬੱਚਿਆਂ ਦੀ ਮੌਤ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਜੋ ਮਾਂ ਅਤੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਮੌਤ ਦੇ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ ਵਿਸ਼ਵ ਅਨੁਪਾਤ ਨਾਲੋਂ ਕਾਫ਼ੀ ਜ਼ਿਆਦਾ ਹੈ। ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਦੀ ਗੁਣਵੱਤਾ ਅਤੇ ਸੁਰੱਖਿਆ ਇੱਕ ਮੁੱਦਾ ਹੈ। ਭਾਵੇਂ ਕਿ ਹਸਪਤਾਲਾਂ ਵਿੱਚ ਹੋ ਰਹੇ ਬੱਚਿਆਂ ਦੇ ਜਨਮ ਦੇ ਅਨੁਪਾਤ ਵਿੱਚ ਨਾਟਕੀ ਸੁਧਾਰ ਹੋਇਆ ਹੈ, ਪਰ ਸੰਭਾਲ ਦੀ ਗੁਣਵੱਤਾ ਹਾਲੇ ਵੀ ਚੁਨੌਤੀ ਬਣੀ ਹੋਈ ਹੈ। ਭਾਵੇਂ ਕਿ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਜਨਸੰਖਿਆ ਸਮੂਹਾਂ ਅਤੇ ਰਾਜਾਂ ਵਿੱਚ ਗਰਭਨਿਰੋਧਕ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਮੰਗ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਥਾਪਿਤ ਹੋਈ ਹੈ - ਪਰ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਨਸਬੰਦੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹਾਲੇ ਵੀ ਚੁਨੌਤੀ ਬਣੀਆਂ ਹੋਈਆਂ ਹਨ ਕਿਉਂਕਿ ਬਿਲਾਸਪੁਰ (ਛੱਤੀਸਗੜ੍ਹ) ਵਿੱਚ ਹੋਈਆਂ ਦੁਖਦਾਈ ਨਸਬੰਦੀ ਮੌਤਾਂ ਨੇ ਸਭ ਕੁੱਝ ਨੰਗਾ ਕਰ ਦਿੱਤਾ ਹੈ। ਗਰਭਪਾਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੀ ਵਿਕਾਸ ਦੀ ਰਫ਼ਤਾਰ ਨਾਲ ਨਹੀਂ ਰਲ ਰਹੀਆਂ।

ਐੱਨ ਆਰ ਐੱਚ ਐੱਮ ਵਲੋਂ ਅਗਵਾਈ ਕਰਨ ਨਾਲ ਗਿਆਰ੍ਹਵੀਂ ਪੰਜ ਸਾਲਾ ਯੋਜਨਾ ਵਿੱਚ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਖਰਚੇ ਵਿੱਚ ਜ਼ਰੂਰ ਦੁਗਣਾ ਵਾਧਾ ਹੋਇਆ (ਸਹੀ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ) ਅਤੇ ਆਮ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ 3 ਗੁਣਾ ਵਾਧਾ ਹੋਇਆ ਹੈ - ਪਰ ਇਹ ਆਪਣੇ ਵਿੱਤੀ ਟੀਚਿਆਂ ਤੋਂ 40 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਘੱਟ ਹੈ। ਬੇਸ਼ੱਕ ਬੇਹਤਰ ਵਿੱਤੀ ਖਾਕੇ, ਮਨੁੱਖੀ ਸਰੋਤਾਂ ਦੀ ਵੱਧ ਅਤੇ ਸਥਿਰ ਤੈਨਾਤੀ, ਤਿੰਨ ਅਹਿਮ ਸਮਾਜਕ ਨਿਰਧਾਰਕਾਂ -

ਗਰੀਬੀ, ਪੋਸ਼ਣ ਤੇ ਸਾਫ਼ ਸਫ਼ਾਈ ਨਾਲ ਇਸ ਦੀ ਕਾਰਗੁਜ਼ਾਰੀ ਹੋਰ ਵਧੀਆ ਹੋ ਸਕਦੀ ਸੀ।

ਛੂਤ ਦੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਸਬੰਧੀ ਰਲੀ ਮਿਲੀ ਤਰੱਕੀ

ਐੱਨ ਆਰ ਐੱਚ ਐੱਮ ਦੇ ਪ੍ਰਭਾਵ ਅਤੇ ਪਿਛਲੇ ਦੋ ਦਹਾਕਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਜਨ ਸਿਹਤ ਪ੍ਰਣਾਲੀਆਂ ਦੇ ਦਖ਼ਲਾਂ ਦਾ ਛੂਤ ਵਾਲੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਨੂੰ ਕਾਬੂ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਰਲਿਆ-ਮਿਲਿਆ ਨਤੀਜਾ ਰਿਹਾ ਹੈ। ਇੱਕ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਜਿਸ ਦੀ ਕਾਰਗੁਜ਼ਾਰੀ ਬਹੁਤ ਵਧੀਆ ਰਹੀ, ਉਹ ਹੈ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਏਡਜ਼ ਕੰਟਰੋਲ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ, ਇਹ ਇੱਕ ਅਸਰਦਾਰ ਮੁਹਿੰਮ ਹੈ ਜਿਸ ਨੇ ਰੋਕਥਾਮ ਤੇ ਰੋਗਨਿਵਾਰਕ, ਦੋਹਾਂ ਪੱਖਾਂ ਨੂੰ ਟੁੰਬਿਆ ਅਤੇ ਜਿਸ ਨੇ ਉੱਚ ਗੁਣਵੱਤਾ ਵਾਲੀ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਤੇ ਅਨੁਮਾਨ ਪੇਸ਼ ਕੀਤੇ – ਇਹ ਮੁਹਿੰਮ ਕਾਫੀ ਹੱਦ ਤੱਕ ਇਸ ਬਿਮਾਰੀ ਉਤੇ ਕਾਬੂ ਪਾਉਣ ਅਤੇ ਮਹਾਂਮਾਰੀ ਨੂੰ ਰੋਕਣ ਵਿੱਚ ਕਾਮਯਾਬ ਰਹੀ। ਇਸ ਦਾ ਜਸ਼ਨ ਮਨਾਉਣਾ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਦੀ ਗੱਲ ਹੋਵੇਗੀ, ਪ੍ਰਾਪਤੀਆਂ ਨਾਜ਼ੁਕ ਹਨ – ਅਤੇ ਝਟਕੇ ਲੱਗਣੇ ਅਸਾਨ ਹਨ – ਪਰ ਇਸ ਦੀ ਤੁਲਨਾ ਸਿਰਫ਼ ਇਸ ਗੱਲ ਨਾਲ ਕਰਨੀ ਹੋਵੇਗੀ ਜੋ ਇਸ ਬਿਮਾਰੀ ਨੇ ਉਪ ਸਹਾਰਾ ਅਫ਼ਰੀਕਾ ਨਾਲ ਕੀਤਾ ਅਤੇ ਇਸ ਗੱਲ ਦੀ ਪ੍ਰਸ਼ੰਸਾ ਕਰਨੀ ਹੋਵੇਗੀ ਕਿ ਅਜਿਹੀ ਹਾਲਤ ਹੋਣ ਤੋਂ ਅਸੀਂ ਚੰਗੀ ਕਿਸਮਤ ਨੂੰ ਵਾਲ-ਵਾਲ ਬਚ ਗਏ ਹਾਂ। ਪੋਲੀਓ ਦੇ ਖਿਲਾਫ਼ ਇੱਕੋ-ਇੱਕ ਸਫਲਤਾ ਇਸ ਸਮੇਂ ਦੀ ਇੱਕ ਹੋਰ ਮਹਾਨ ਪ੍ਰਾਪਤੀ ਹੈ ਪਰ ਇਥੇ ਚੁਣੌਤੀ ਮੁਹਿੰਮ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਨਿਕਲਣ ਦੀ ਨੀਤੀ ਅਤੇ ਪ੍ਰਾਪਤੀਆਂ ਨੂੰ ਬਣਾਈ ਰੱਖਣ ਦੀ ਵਧ ਰਹੀ ਲਾਗਤ ਹੈ। ਘੱਟ ਕਹੇ ਗਏ, ਪਰ ਬਰਾਬਰੀ ਦੀ ਸ਼ਾਨਦਾਰ ਪ੍ਰਾਪਤੀ, ਕੋਹੜ ਵਿੱਚ ਆਈ ਵੱਡੀ ਕਮੀ ਦੀ ਹੈ – ਬਿਮਾਰੀ ਦੇ ਪ੍ਰਚਲਨ ਨੂੰ ਬਿਲਕੁਲ ਹੇਠਾਂ ਤੱਕ ਲੈ ਆਂਦਾ ਗਿਆ ਹੈ ਜੋ ਖਾਤਮੇ ਦੀ ਵਿਆਖਿਆ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਬਿਮਾਰੀ ਦੇ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ ਵੀ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਵਿੱਚ ਸਪੱਸ਼ਟ ਰਣਨੀਤੀ ਦੀ ਘਾਟ ਨਜ਼ਰ ਆਉਂਦੀ ਹੈ ਜੋ ਨਵੇਂ ਮਾਮਲਿਆਂ ਅਤੇ ਅਪੰਗਤਾਵਾਂ ਨਾਲ ਨਜਿੱਠ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਦੇ 'ਖਾਤਮੇ' ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਵੀ ਕਈ ਸਾਲ ਇਹ ਮਾਮਲੇ ਸਾਹਮਣੇ ਆਉਂਦੇ ਰਹਿਣਗੇ। ਵੈਕਟਰ ਕੰਟਰੋਲ (ਥਣਧਾਰੀ, ਪੰਛੀ, ਕੀੜੇ-ਮਕੌੜੇ ਆਦਿ) ਦੇ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਗਤੀ ਵੀ ਰਲੀ-ਮਿਲੀ ਹੈ। ਫਿਲੇਰੀਆ ਨਾਟਕੀ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਘਟ ਗਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਹਾਥੀ ਪੈਰ (ਸੋਜ) ਦੇ ਨਵੇਂ ਮਾਮਲੇ ਵੀ ਨਾਂਮਾਤਰ ਹੀ ਸਾਹਮਣੇ ਆ ਰਹੇ ਹਨ। ਮਲੇਰੀਏ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ ਵਿੱਚ ਵੀ ਵਰਣਨਯੋਗ ਕਮੀ ਆਈ ਹੈ ਅਤੇ ਨਵੇਂ ਯੰਤਰਾਂ ਦੀ ਉਪਲਬਧਤਾ ਹੋਣ ਨਾਲ ਮਲੇਰੀਆ ਖਾਤਮੇ ਦੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਵੱਲ ਜਾਣ ਲਈ ਵਿਸ਼ਵਾਸ ਵੀ ਬਣ ਰਿਹਾ ਹੈ। ਸੰਭਵ ਹੈ ਕਿ 10 ਤੋਂ 20 ਸਾਲਾਂ ਦੇ ਸਮੇਂ ਵਿੱਚ ਇਹ ਬਿਮਾਰੀ ਖਾਤਮੇ ਦੀ ਹੱਦ ਤੋਂ ਹੇਠਾਂ ਚਲੀ ਜਾਵੇਗੀ। ਕਾਲਾ-ਅਜ਼ਾਰ ਇੱਕ ਕਾਲ ਭਰਮ ਹੈ – ਇਹ ਹੁਣ ਤੱਕ ਖਤਮ ਹੋ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਸੀ – ਇਸ ਨੂੰ ਖਤਮ ਕਰਨ ਦੀ ਸਮੇਂ ਸੀਮਾ ਨੂੰ ਵਾਰ-ਵਾਰ ਬਦਲਿਆ ਗਿਆ ਹੈ। ਪਰ ਇਹ ਦੋ ਜਾਂ ਤਿੰਨ ਰਾਜਾਂ ਦੇ ਕੁੱਝ ਪਿੰਡਾਂ ਦੀਆਂ ਅੰਦਰੂਨੀ ਰਿਹਾਇਸ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਹਾਲੇ ਵੀ ਪਨਪ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਜੋ ਇਸ ਤੋਂ ਛੁਟਕਾਰਾ ਪਾਉਣ ਦੀਆਂ ਸਾਰੀਆਂ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ਾਂ ਦਾ ਮੂੰਹ ਚਿੜਾ ਰਿਹਾ ਹੈ। ਚਾਰ ਰਾਜਾਂ ਵਿੱਚ ਲਗਭਗ 20,000 ਮਾਮਲੇ ਹਰ ਸਾਲ ਸਾਹਮਣੇ ਆਉਂਦੇ ਹਨ, ਪਰ ਇਹ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਬਿਹਾਰ ਵਿੱਚ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਇਸੇ ਸਮੇਂ ਵੈਕਟਰ ਤੋਂ ਪੈਦਾ ਹੋਣ ਵਾਲੀਆਂ ਨਵੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਵੀ ਸਾਹਮਣੇ ਆਈਆਂ ਹਨ – ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਮੁੱਖ ਤੌਰ ਤੇ ਡੇਂਗੂ ਤੇ ਚਿਕਨਗੁਨੀਆ ਹਨ। ਖ਼ੁਸ਼ੀ ਦੀ ਖ਼ਬਰ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਅਸਲੀ ਸੰਖਿਆ ਅਤੇ ਸਾਰੀਆਂ ਮੌਤਾਂ ਦੇ ਅਨੁਮਾਨ, ਇਥੋਂ ਤੱਕ ਕਿ ਸਾਰੇ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਵੀ ਮੌਤਾਂ ਦੀ ਗਿਣਤੀ ਕਾਫੀ ਘੱਟ ਹੋਈ ਹੈ (ਸਿਹਤ ਤੇ ਪਰਿਵਾਰ ਭਲਾਇ ਮੰਤਰਾਲਾ, 2011)। ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਰੋਗ ਨਿਯੰਤ੍ਰਣ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਦੀ ਚਿੰਤਾ ਦਾ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਡਾ ਕਾਰਨ ਟੀ ਬੀ ਹੈ। ਇਸ ਵਿੱਚ ਵੀ ਮੌਤਾਂ ਦੀ ਗਿਣਤੀ ਵਿੱਚ ਕਮੀ ਆਈ ਹੈ – ਪਰ ਨਵੇਂ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਕਮੀ ਘੱਟ ਨਾਟਕੀ ਹੈ – ਅਤੇ ਬਹੁ-ਦਵਾਈ ਪ੍ਰਤਿਰੋਧੀ ਟੀ ਬੀ ਦਾ ਭੂਤ ਹੁਣ ਜ਼ਿਆਦਾ ਰਾਜਾਂ ਵਿੱਚ ਸਿਰ ਚੁੱਕ ਰਿਹਾ ਹੈ (ਐੱਮ ਓ ਐੱਚ ਐੱਫ ਡਬਲਯੂ 2011)।

ਪਰ, ਇਨ੍ਹਾਂ ਸਾਰੇ ਹੀ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਰੋਗ ਨਿਵਾਰਨ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਅਧੀਨ ਮੌਤਾਂ ਦੀ ਗਿਣਤੀ ਸਾਰੀਆਂ ਮੌਤਾਂ ਦੀ ਦਰ ਦੇ 6 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਨਾਲੋਂ ਘੱਟ ਹੈ। ਸੰਕਰਮਣ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਕਰਕੇ ਹੋਣ ਵਾਲੀਆਂ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਮੌਤਾਂ ਦਸਤ, ਸਾਹ ਦੇ ਸੰਕਰਮਣ ਦੇ ਕਾਰਨ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ, ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਬੱਚਿਆਂ ਵਿੱਚ। ਬਹੁਤ ਸਮੇਂ ਦੂਜੇ ਕਿਟਾਣੂ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਉਨੀ ਮਹਾਂਮਾਰੀ ਵਾਲੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ, ਪਰ ਇਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਪ੍ਰਚਲਣ/ਮੌਜੂਦਗੀ ਕਾਫ਼ੀ ਹੈ। ਸਾਰੀਆਂ ਛੂਤ ਵਾਲੀਆਂ ਮੌਤਾਂ ਨੂੰ ਮਿਲਾ ਕੇ ਵੀ ਇਹ ਕੁੱਲ ਮੌਤ ਦਰ ਦੇ 30 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਤੋਂ ਵੀ ਘੱਟ ਹਨ।

ਗ਼ੈਰ-ਛੂਤ ਦੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਵਿੱਚ ਉਭਾਰ ਦੀ ਜਨਤਕ ਸਿਹਤ ਚੁਣੌਤੀ

ਮੌਤ ਦੀ ਦਰ ਦੇ ਅਨੁਪਾਤ ਦਾ ਵੱਡਾ ਤੇ ਵਧਦਾ ਹੋਇਆ ਕਾਰਨ ਗ਼ੈਰ-ਛੂਤ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਹਨ ਜੋ ਸਾਰੀਆਂ ਮੌਤਾਂ ਦਾ 60 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਸੱਟਾ ਵੱਜਣ ਕਰਕੇ ਲਗਭਗ 12 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਮੌਤਾਂ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ (ਡਬਲਯੂ ਐੱਚ ਓ 2014)। ਸਭ ਤੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਲਾਭਕਾਰੀ ਸਾਲਾਂ (30 ਤੋਂ 70 ਸਾਲ) ਦੌਰਾਨ ਗ਼ੈਰ-ਛੂਤ ਵਾਲੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਕਾਰਨ ਮੌਤ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਦਾ ਅਨੁਮਾਨ 26 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਤੱਕ ਲਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ। ਇਸ ਦੀ ਗੰਭੀਰਤਾ ਨੂੰ ਸਮਝਣ ਲਈ ਇਸ ਦੀ ਤੁਲਨਾ ਸਵੀਡਨ ਨਾਲ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ ਜਿਥੇ ਇਹ ਅੰਕੜਾ 10 ਹੈ, ਯੂ ਕੇ ਵਿੱਚ 12 ਅਤੇ ਥਾਈਲੈਂਡ ਵਿੱਚ 17 ਹੈ। ਦੂਜੇ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਗੱਲ ਕਰੀਏ ਤਾਂ ਮੁੱਖ ਗ਼ੈਰ-ਛੂਤ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਕਾਰਨ 62 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਮਰਦਾਂ ਦੀ ਮੌਤ ਭਾਰਤ ਵਿੱਚ 70 ਸਾਲ ਦੀ ਉਮਰ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਜੇ ਸਵੀਡਨ ਨਾਲ ਤੁਲਨਾ ਕਰੀਏ ਤਾਂ ਇਹ ਅੰਕੜਾ 24 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ, ਯੂ ਕੇ ਵਿੱਚ 29 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਅਤੇ ਥਾਈਲੈਂਡ ਵਿੱਚ 45 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਬਣਦਾ ਹੈ। ਔਰਤਾਂ ਦੇ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ ਇਹ ਅਨੁਪਾਤ ਲਗਭਗ ਇੱਕੋ ਜਿਹੇ ਹਨ ਜਿਸ ਅਧੀਨ 52 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਔਰਤਾਂ ਦੀ ਮੌਤ ਗ਼ੈਰ-ਛੂਤ ਵਾਲੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਕਾਰਨ 70 ਸਾਲ ਦੀ ਉਮਰ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਜਦ ਕਿ ਸਵੀਡਨ ਵਿੱਚ ਇਹ ਅੰਕੜਾ 15 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਹੈ।

ਉਮਰ ਦੀਆਂ ਮਿਆਰੀ ਮੌਤ ਦਰਾਂ ਵੀ ਇਹੀ ਕਹਾਣੀ ਬਿਆਨ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ। 4 ਗ਼ੈਰ-ਛੂਤ ਵਾਲੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਕਰਕੇ ਭਾਰਤ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਤਿ 100,000 ਜਨਸੰਖਿਆ ਪਿੱਛੇ 785 ਮਰਦਾਂ ਦੀ ਮੌਤ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ 80 ਕੈਂਸਰ ਕਰਕੇ, 30 ਸ਼ੱਕਰ ਰੋਗ ਕਰਕੇ, 189 ਪੁਰਾਣੀਆਂ ਸਾਹ ਦੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਕਰਕੇ ਅਤੇ

ਸੂਚੀ-1					
ਭਾਰਤ ਵਿੱਚ ਗ਼ੈਰ-ਛੂਤ ਬਿਮਾਰੀਆਂ (ਐੱਨ ਸੀ ਡੀ) ਕਾਰਨ ਹੋਣ ਵਾਲੀਆਂ ਮੌਤਾਂ ਦੀ ਦਰ ਦੀ ਚੋਣਵੇਂ ਦੇਸ਼ਾਂ ਨਾਲ ਤੁਲਨਾ					
ਸੂਚਕ		ਸਵੀਡਨ	ਯੂ ਕੇ	ਥਾਈਲੈਂਡ	ਭਾਰਤ
ਚਾਰ ਮੁੱਖ ਕਾਰਨਾਂ ਕਰਕੇ ਹੋਣ ਵਾਲੀਆਂ ਐੱਨ ਸੀ ਡੀ ਮੌਤਾਂ ਦਾ	ਮਰਦ	23.4	29.1	45.5	62.0
ਅਨੁਮਾਨ ਜੋ 70 ਸਾਲ ਦੀ ਉਮਰ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਵਾਪਰਦੇ ਹਨ	ਔਰਤ	14.7	19.2	38.7	52.2
ਸਾਰੀਆਂ ਗ਼ੈਰ-ਛੂਤ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਪ੍ਰਤਿ 100,000 ਜਨਸੰਖਿਆ	ਮਰਦ	390.3	425.9	559.6	785
ਮੌਤਾਂ (ਉਮਰ ਦੀਆਂ ਮਿਆਰੀ ਦਰਾਂ	ਔਰਤ	286.3	302.2	358.3	586.6
ਕੈਂਸਰ	ਮਰਦ	124.9	133.9	127.8	79.0
ਪ੍ਰਤਿ 100,000 ਜਨਸੰਖਿਆ ਮੌਤਾਂ	ਔਰਤ	100.5	112.5	82.6	66.3
ਪੁਰਾਣੀਆਂ ਸਾਹ ਦੀਆਂ ਦੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ	ਮਰਦ	17.3	37.2	87.7	188.5
ਪ੍ਰਤਿ 100,000 ਜਨਸੰਖਿਆ ਮੌਤਾਂ	ਔਰਤ	13.8	23.7	29.1	124.9
ਦਿਲ ਦੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ	ਮਰਦ	162.8	140.6	215.8	348.9
ਪ੍ਰਤਿ 100,000 ਜਨਸੰਖਿਆ ਮੌਤਾਂ	ਔਰਤ	105.7	86.7	156.9	264.6
ਸ਼ੱਕਰ ਰੋਗ	ਮਰਦ	10.6	5.0	23.5	30.2
ਪ੍ਰਤਿ 100,000 ਜਨਸੰਖਿਆ ਮੌਤਾਂ	ਔਰਤ	6.1	3.6	27.9	22.7

ਸ੍ਰੋਤ : (ਡਬਲਯੂ ਐੱਚ ਓ, 2014)

349 ਦਿਲ ਦੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਕਰਕੇ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਸਵੀਡਨ ਵਿੱਚ ਕੈਂਸਰ ਕਾਰਨ ਹੋਣ ਵਾਲੀਆਂ ਮੌਤਾਂ ਦੀ ਦਰ ਭਾਰਤ ਨਾਲੋਂ 50 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਵੱਧ ਹੈ - ਪਰ ਪੁਰਾਣੀਆਂ ਸਾਹ ਦੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਦੇ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ ਇਹ ਸਿਰਫ਼ ਦਸਵਾਂ ਹਿੱਸਾ, ਸ਼ੱਕਰ ਰੋਗ ਵਿੱਚ ਇਕ ਤਿਹਾਈ ਅਤੇ ਦਿਲ ਦੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਦੇ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ ਅੱਧੀਆਂ ਹਨ। ਉਦਯੋਗੀਕ੍ਰਿਤ ਦੁਨੀਆਂ ਦੇ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਦੂਜੇ ਦੇਸ਼ਾਂ ਅਤੇ ਇਕਸਮਾਨ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰਣਾਲੀਆਂ ਵਾਲੇ ਵਿਕਾਸਸ਼ੀਲ ਦੇਸ਼ਾਂ ਦੀਆਂ ਮੌਤ ਦੀਆਂ ਦਰਾਂ ਸਵੀਡਨ ਅਤੇ ਭਾਰਤ ਦੇ ਵਿੱਚ ਵਿਚਾਲੇ ਹੋਣਗੀਆਂ (ਡਬਲਯੂ ਐੱਚ ਓ, 2014)।

ਸੋ, ਸੰਕਰਮਣ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਨਾਲ ਹੋਰ ਜ਼ਿਆਦਾ ਗੰਭੀਰ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਦੇ ਹੁੰਦਿਆਂ ਭਾਰਤ ਸਾਹਮਣੇ ਗ਼ੈਰ-ਛੂਤ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਕਾਰਨ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਹੋਣ ਵਾਲੀਆਂ ਮੌਤਾਂ ਦੀ ਬਹੁਤ ਵੱਡੀ ਅਤੇ ਵਧ ਰਹੀ ਚੁਨੌਤੀ ਵੀ ਹੈ - ਭਾਵੇਂ ਇਸ ਦੀ ਤੁਲਨਾ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਵਿਕਸਤ ਅਤੇ ਵਿਕਾਸਸ਼ੀਲ ਦੇਸ਼ਾਂ ਨਾਲ ਵੀ ਕਰ ਲਈ ਜਾਵੇ। ਪ੍ਰਤਿ ਇੱਕ ਲੱਖ ਜਨਸੰਖਿਆ ਪਿੱਛੇ ਸੱਟਾ ਦੀ ਦਰ ਵਿੱਚ ਵੀ ਭਾਰਤ ਦੀ ਮਾੜੀ ਹਾਲਤ ਹੈ।

ਭਾਰਤ ਵਿੱਚ ਗ਼ੈਰ-ਛੂਤ ਦੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਦੇ ਨਿਵਾਰਣ ਦੀ ਚੁਨੌਤੀ

ਪਰ ਭਾਰਤ ਦੀ ਗ਼ੈਰ-ਛੂਤ ਵਾਲੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਨਾਲ ਸਿੱਝਣ ਅਤੇ ਸੰਕਰਮਣ, ਪ੍ਰਜਨਨ ਅਤੇ ਬਾਲ ਸਿਹਤ ਦੇ ਹੱਲ ਦੀ ਯੋਗਤਾ ਵਿੱਚ ਵੀ ਇਕ ਹੋਰ ਵੱਡਾ ਅੰਤਰ ਹੈ। ਵਿੱਤੀ, ਮਨੁੱਖੀ ਸਰੋਤ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰਬੰਧ ਲਈ ਲੋੜਾਂ ਬਹੁਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਹਨ। ਹੋਰ ਅਹਿਮ ਗੱਲ, ਇਨ੍ਹਾਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਨੂੰ ਜਾਣਬੁੱਝ ਕੇ ਦੋ ਦਹਾਕਿਆਂ ਤੋਂ ਸਰਕਾਰੀ ਮੁਢਲੀ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਵਿੱਚੋਂ ਬਾਹਰ ਕਰਨ ਨਾਲ, ਇਹ ਧਾਰਣਾ, ਕਿ ਮੁਢਲੀ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਦੀਆਂ ਇਨ੍ਹਾਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਨਾਲ ਕਿਵੇਂ ਨਜਿੱਠਿਆ ਜਾਵੇ, ਇਹ ਵੀ ਸਮਝ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਹੋਇਆ ਪਿਆ ਹੈ। ਮੁਢਲੀ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਬਾਰੇ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਚਰਚਾਵਾਂ ਆਈ ਐੱਮ ਆਰ, ਐੱਮ ਐੱਮ ਆਰ, ਟੀਕਾਕਰਨ ਦਰਾਂ ਅਤੇ ਪਰਿਵਾਰ ਨਿਯੋਜਨ ਤੱਕ ਸੀਮਤ ਹੋ ਕੇ ਰਹਿ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ। ਸਾਡੀ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਇਨ੍ਹਾਂ ਪ੍ਰਣਾਲੀਆਂ ਨੂੰ ਮੁਢਲੀ ਸਿਹਤ ਪ੍ਰਣਾਲੀ (ਤੀਜੇ ਦਰਜੇ ਦੀ ਨਹੀਂ) ਦੇ ਫ਼ਤਵੇ ਦਾ ਹਿੱਸਾ ਮੰਨਣ ਲਈ ਵੀ ਤਿਆਰ ਨਹੀਂ ਜਾਪਦੀ। ਜੋਖਮ ਦੇ ਪੱਖੋਂ ਛੂਤ ਵਾਲੀਆਂ ਅਤੇ ਗ਼ੈਰ-ਛੂਤ ਵਾਲੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਦਰਮਿਆਨ ਤੁਲਨਾ ਨੂੰ ਵੀ ਧਿਆਨ ਵਿੱਚ ਰੱਖਣਾ ਹੋਵੇਗਾ। ਛੂਤ ਵਾਲੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਦੇ ਖੇਤਰ ਵਿੱਚ ਭਾਰਤ ਦੀ ਤਰੱਕੀ, ਗਰੀਬੀ, ਪੋਸ਼ਣ ਅਤੇ ਸਾਫ਼-ਸਫ਼ਾਈ ਦੇ ਖੇਤਰਾਂ ਵਿੱਚ ਨਾਕਾਫ਼ੀ ਪ੍ਰਾਪਤੀਆਂ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ ਹੈ - ਜਿਹੜੇ ਖੇਤਰਾਂ ਵਿੱਚ ਅਸੀਂ ਵਿਕਸਤ ਅਤੇ ਕਈ ਵਿਕਾਸਸ਼ੀਲ ਦੇਸ਼ਾਂ ਨਾਲੋਂ ਵੀ ਮਾੜਾ ਕੰਮ ਕਰ ਰਹੇ ਹਾਂ। ਪਰ ਜਦੋਂ ਐੱਨ ਸੀ ਡੀ ਐੱਸ ਲਈ ਜੋਖਮਾਂ ਦੀ ਗੱਲ ਆਉਂਦੀ ਹੈ - ਭਾਵੇਂ ਇਹ ਵੱਧ ਭਾਰ ਜਾਂ ਮੋਟਾਪਾ, ਸਰੀਰਕ ਸਰਗਰਮੀ ਨਾ ਹੋਣਾ, ਸ਼ਰਾਬ ਜਾਂ ਤੰਬਾਕੂਨੋਸ਼ੀ ਹੋਵੇ - ਤਾਂ ਇਹ ਜੋਖਮ ਦੇ ਤੱਤ ਵਿਕਸਤ ਦੁਨੀਆਂ ਵਿੱਚ ਜ਼ਿਆਦਾ ਪਾਏ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਫਿਰ ਭਾਰਤ ਵਿੱਚ ਇਨ੍ਹਾਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਦੀ ਦਰ ਵੱਧ ਕਿਉਂ ਹੈ? ਜਵਾਬ ਨਾ ਸਿਰਫ਼ ਉਹ ਰਸਤੇ ਲੱਭਣ ਵਿੱਚ ਪਿਆ ਹੈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਰਾਹੀਂ ਵਿਕਾਸਸ਼ੀਲ ਦੁਨੀਆਂ ਵਿੱਚ ਸਮਾਜਿਕ ਨਿਰਧਾਰਕ ਐੱਨ ਸੀ ਡੀ ਐੱਸ ਦੇ ਪ੍ਰਸੰਗ ਵਿੱਚ ਸਾਂਝੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਪਰ ਇਹ ਜਵਾਬ ਮੁਢਲੀ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਦੀ ਮੁਕੰਮਲ ਅਣਹੋਂਦ ਵਿੱਚ ਵੀ ਹੈ ਜੋ ਇਨ੍ਹਾਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਦਾ ਇਲਾਜ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਬੇਸ਼ੱਕ ਇਹ ਪਾੜੇ ਪੂਰਨ ਲਈ ਨਿੱਜੀ ਖੇਤਰ ਦਾ ਪਸਾਰ ਹੋਇਆ ਹੈ - ਪਰ ਬਜ਼ਾਰੀ ਤਾਕਤਾਂ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਰੋਗ-ਨਿਵਾਰਕ ਅਤੇ ਤਰਜੀਹੀ ਤੌਰ ਤੇ ਤੀਜੇ ਦਰਜੇ ਦੀ ਜਾਂ ਸਹਾਇਕ ਸੰਭਾਲ ਨੂੰ ਹੀ ਉਤਸ਼ਾਹਤ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ। ਬਜ਼ਾਰ ਸੰਚਾਲਿਤ ਵਿਕਾਸ ਪ੍ਰਾਇਮਰੀ ਤੇ ਸੈਕੰਡਰੀ ਰੋਕਥਾਮ ਦੀਆਂ ਲੋੜਾਂ ਨੂੰ ਅਰਥਭਰਪੂਰ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਹੱਲ ਕਰਨ ਦੇ ਅਸਮਰੱਥ ਹੈ - ਅਤੇ ਇਹ ਭੂਮਿਕਾ ਨਿਭਾਉਣ ਦੀ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀ ਸਰਕਾਰ ਦੇ ਮੋਢਿਆਂ ਉਤੇ ਆ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

ਸਰਕਾਰ ਵਲੋਂ ਗ਼ੈਰ-ਛੂਤ ਵਾਲੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਦੇ ਖਿਲਾਫ਼ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਰੋਗ ਨਿਯੰਤ੍ਰਣ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਸ਼ੁਰੂ ਕੀਤਾ ਗਿਆ - ਪਰ ਇਹ ਵਿਆਪਕ ਹੋਣ ਤੋਂ ਕੋਹਾਂ ਦੂਰ ਹੈ। ਇਸ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਆਰ ਸੀ ਐੱਚ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਅਤੇ ਟੀ ਬੀ, ਐੱਚ ਆਈ ਵੀ, ਕੋਹੜ ਆਦਿ ਦੇ ਵਿਰੁੱਧ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਰੋਗ ਨਿਯੰਤ੍ਰਣ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਹਰ ਥਾਂ ਮੌਜੂਦ ਹਨ। ਜਨਤਕ ਸਿਹਤ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਹਰੇਕ ਗਰਭਵਤੀ ਔਰਤ ਦੀ ਭਾਲ ਕਰਕੇ ਢੁੱਕਵੀ ਸੰਭਾਲ ਦੀ ਜ਼ਾਮਨੀ ਦਿੰਦੀ ਹੈ, ਹਰੇਕ ਨਵਜੰਮੇ ਨੂੰ ਲੱਭ ਕੇ ਟੀਕਾਕਰਨ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਂਦੀ ਹੈ, ਹਰੇਕ ਟੀ ਬੀ ਮਾਮਲੇ ਨੂੰ ਲੱਭ ਕੇ ਇਲਾਜ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਂਦੀ ਹੈ। ਕੁੱਝ ਮਾਮਲਿਆਂ ਨੂੰ ਛੱਡ ਕੇ, ਗ਼ੈਰ-ਛੂਤ ਵਾਲੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਦੇ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਦੀ ਇਕਸਮਾਨ ਪਹੁੰਚ ਲਈ ਕਿਸੇ ਸਪੱਸ਼ਟ ਨੀਤੀ ਨੂੰ ਲਾਗੂ ਕਰਨਾ ਹਾਲੇ ਬਾਕੀ ਹੈ।

ਐੱਨ ਸੀ ਡੀ ਐੱਸ ਖਿਲਾਫ ਰਣਨੀਤੀ

ਬਣਾਉਣ ਵਿੱਚ ਇਕ ਸਮੱਸਿਆ ਗ਼ੈਰ-ਛੂਤ ਵਾਲੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਦੀ ਲੰਮੀ ਸੂਚੀ ਹੈ – ਅਤੇ ਪ੍ਰਮੁੱਖ ਛੂਤ ਵਾਲੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਦੇ ਹੱਲ ਲਈ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਬਣਾਉਣਾ ਕੋਈ ਸੌਖਾ ਕੰਮ ਨਹੀਂ। ਇਥੋਂ ਤੱਕ ਕਿ ਛੂਤ-ਵਾਲੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਦੇ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ ਵੀ ਉਤੋਂ ਹੇਠਲੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਤੋਂ ਸਮਾਨਾਂਤਰ ਏਕੀਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਨੂੰ ਮਹਿਸੂਸ ਕੀਤਾ ਗਿਆ। ਗ਼ੈਰ-ਛੂਤ ਵਾਲੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਦੇ ਇਲਾਜ ਨੂੰ ਪ੍ਰਭਾਵੀ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਸਮਾਨਾਂਤਰ ਏਕੀਕਰਨ ਬੇਹੱਦ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ। ਹਰੇਕ ਐੱਨ ਸੀ ਡੀ ਲਈ ਜਾਂ ਸਾਰੇ ਐੱਨ ਸੀ ਡੀ ਲਈ ਵੱਖਰੇ ਡਾਕਟਰ ਅਤੇ ਅਮਲੇ ਦੀ ਆਸ ਕਰਨਾ ਕਾਫੀ ਗ਼ੈਰ-ਵਿਹਾਰਕ ਹੋਵੇਗਾ।

ਪਰ ਇਸ ਦਾ ਮਤਲਬ ਇਹ ਹੋਵੇਗਾ ਕਿ ਜ਼ਿਲ੍ਹਾ ਪੱਧਰੀ ਸਿਹਤ ਪ੍ਰਣਾਲੀਆਂ ਨੂੰ ਵਿਆਪਕ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਮਜ਼ਬੂਤ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇ। ਇਸ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ ਐੱਨ ਆਰ ਐੱਚ ਐੱਮ ਤੋਂ ਬਹੁਤ ਕੁੱਝ ਸਿੱਖਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।

11ਵੀਂ ਪੰਜ ਸਾਲਾ ਯੋਜਨਾ ਅਧੀਨ ਸਿਹਤ ਪ੍ਰਣਾਲੀਆਂ ਨੂੰ ਮਜਬੂਤ ਕਰਨਾ

ਸਿਹਤ ਪ੍ਰਣਾਲੀਆਂ ਨੂੰ ਮਜਬੂਤ ਕਰਨ ਦਾ ਮੁੱਖ ਵਾਹਕ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਪੇਂਡੂ ਸਿਹਤ ਮਿਸ਼ਨ ਸੀ ਜਿਸ ਨੂੰ ਹੁਣ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਸ਼ਹਿਰੀ ਸਿਹਤ ਮਿਸ਼ਨ ਨਾਲ ਏਕੀਕ੍ਰਿਤ ਕਰਕੇ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਸਿਹਤ ਮਿਸ਼ਨ ਦਾ ਨਾਮ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਹੈ। ਭਾਵੇਂ ਕਿ ਸਿਹਤ ਰਾਜ ਦਾ ਵਿਸ਼ਾ ਹੈ, ਪਰ ਇਹ ਸਪੱਸ਼ਟ ਹੈ ਕਿ ਵਿੱਤ ਅਤੇ ਵਿਚਾਰਾਂ ਦੇ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ ਥੋੜ੍ਹੀ ਕੇਂਦਰੀ ਸਹਾਇਤਾ ਅੜਿੱਕੇ ਦੂਰ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਰਾਜ ਆਪਣੀਆਂ ਸਿਹਤ ਪ੍ਰਣਾਲੀਆਂ ਨੂੰ ਮਜਬੂਤ ਕਰਨ ਦੇ ਰਸਤੇ ਉਤੇ ਅੱਗੇ ਵਧ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਸੰਘੀ ਢਾਂਚੇ ਦਾ ਸਤਿਕਾਰ ਕਰਨ ਲਈ ਰਾਜਾਂ ਨੂੰ ਆਪਣੀਆਂ ਪ੍ਰਜੈਕਟ ਲਾਗੂ ਕਰਨ ਦੀਆਂ ਸਲਾਨਾ ਯੋਜਨਾਵਾਂ ਤਿਆਰ ਕਰਨ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਸੀ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਰਾਜ-ਕੇਂਦਰ ਤਾਲਮੇਲ ਕਮੇਟੀ ਨੇ ਮਨਜ਼ੂਰ ਕਰਨਾ ਸੀ। ਭਾਵੇਂ ਕਿ ਸਮੇਂ ਦੇ ਨਾਲ ਨਿਯਮ ਜ਼ਿਆਦਾ ਤੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ ਸਖ਼ਤ ਹੁੰਦੇ ਗਏ, ਪਰ ਰਾਜਾਂ ਕੋਲ ਆਪਣੀਆਂ ਯੋਜਨਾਵਾਂ ਤਿਆਰ ਕਰਨ ਦੀ ਹਲੇ ਵੀ ਕਾਫ਼ੀ ਲਚਕਤਾ ਹੈ।

ਇੱਕ ਨਵੀਨਤਾ ਜਿਸ ਨੂੰ ਸਾਰੇ ਰਾਜਾਂ ਨੇ ਅਪਨਾਇਆ ਉਹ ਹੈ *ਆਸ਼ਾ* ਦੇ ਰੂਪ ਵਿੱਚ 90,000 ਦੇ ਲਗਭਗ ਭਾਈਚਾਰਾ ਸਿਹਤ ਸਵੈ-ਇੱਛਤਾਂ ਦੀ ਕਾਰਜ-ਸ਼ਕਤੀ ਤਿਆਰ ਕਰਨਾ। ਉਨ੍ਹਾਂ ਵਲੋਂ ਜਨਤਕ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਸਮਾਜ ਵਿੱਚ ਫੈਲਾਉਣ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਸਿੱਖਿਆ ਵਿੱਚ ਇਸ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਵਧਾਉਣ ਲਈ ਵੱਡਾ ਯੋਗਦਾਨ ਜਨਤਕ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਵਿੱਚ 178,000 ਸਿਹਤ ਕਾਮਿਆਂ ਦਾ ਵਾਧਾ ਕਰਨਾ ਸੀ ਜਿਸ ਦੀ ਕਾਮਾ-ਸ਼ਕਤੀ, 1990ਵਿਆਂ ਦੇ ਲਾਪ੍ਰਵਾਹੀ ਦੇ ਦੌਰ ਕਾਰਨ ਘਟ ਕੇ ਬਿਲਕੁਲ ਹੇਠਲੇ ਪੱਧਰ ਉਤੇ ਪਹੁੰਚ ਗਈ ਸੀ। ਐੱਨ ਐੱਚ ਐੱਮ ਵਲੋਂ 18,000 ਐਂਬੂਲੈਂਸਾਂ ਮੁਫਤ ਸੰਕਟਕਾਲੀਨ ਹੁੰਘਾਰੇ ਅਤੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਦੀ ਢੋਅ-ਢੁਆਈ ਲਈ ਤੈਨਾਤ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ।

ਸਾਰੇ ਰਾਜਾਂ ਵਿੱਚ ਬਾਹਰੀ ਰੋਗੀਆਂ ਦੀ ਹਾਜ਼ਰੀ, ਬਿਸਤਰ ਮੱਲਣ ਅਤੇ ਸੰਸਥਾਗਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇਣ ਵਿੱਚ ਵੱਡਾ ਵਾਧਾ ਹੋਇਆ। ਪਰ ਇਹ ਘਟਨਾਵਾਂ ਅਸਾਵੀਆਂ ਸਨ ਅਤੇ 80 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਤੋਂ ਵੱਧ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਵਾਧਾ 20 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਤੋਂ ਘੱਟ ਜਨ ਸਿਹਤ ਸਹੂਲਤਾਂ ਵਲੋਂ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ – ਅਤੇ ਇਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਧਿਆਨ ਦਾ ਕੇਂਦਰ ਬਿੰਦੂ ਮੁੱਖ ਤੌਰ ਤੇ ਆਰ ਸੀ ਐੱਚ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਸੀਮਤ ਸੀਮਾ ਸੀ।

12ਵੀਂ ਪੰਜ ਸਾਲਾ ਯੋਜਨਾ ਦੇ ਸਮੇਂ ਵਿੱਚ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਸਿਹਤ ਮਿਸ਼ਨ

2012 ਤੋਂ ਫੰਡ ਵਿੱਚ ਵਾਧਾ ਲੋੜ ਅਨੁਸਾਰ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ ਅਤੇ ਇਹੀ ਸਮਾਂ ਸੀ ਜਦੋਂ ਜ਼ਰੂਰਤਮੰਦ ਰਾਜ ਫੰਡ ਨੂੰ ਜਜ਼ਬ ਕਰਨ ਲਈ ਸੰਸਥਾਗਤ ਸਮਰੱਥਾ ਦਾ ਵਿਕਾਸ ਕਰ ਰਹੇ ਸਨ। ਵਿੱਤੀਕਰਨ ਵਿੱਚ ਵਾਧਾ ਨਾ ਹੋਣ ਦਾ ਕਾਰਨ ਫੰਡ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਵਿੱਚ ਅਸਫਲਤਾ, ਮਾੜਾ ਸ਼ਾਸਨ ਅਤੇ ਚੋਰੀਆਂ ਸਨ ਜਿਸ ਨੇ ਨੀਤੀ ਦਾਇਰਿਆਂ ਵਿੱਚ ਐੱਨ ਐੱਚ ਐੱਮ ਦਾ ਨਾਮ ਬਦਨਾਮ ਕਰ ਦਿੱਤਾ। ਬੇਸ਼ੱਕ ਐੱਨ ਐੱਚ ਐੱਮ ਨੂੰ ਅਜਿਹੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਦਾ ਸਾਹਮਣਾ ਕਰਨਾ ਪਿਆ, ਪਰ ਇਹ ਨਵੀਆਂ ਨਹੀਂ ਹਨ ਅਤੇ ਸ਼ਾਸਨ ਦੀਆਂ ਕਮੀਆਂ ਦਾ ਪ੍ਰਗਟਾਵਾ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ ਜੋ ਦੂਜੇ ਪਹਿਲੂਆਂ ਨੂੰ ਵੀ ਬਰਾਬਰ ਖਰਾਬ ਕਰ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਇਕ ਹੋਰ ਸਫਾਈ ਜੋ ਪੇਸ਼ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ – ਉਹ ਹੈ ਜਨਤਕ ਪ੍ਰਣਾਲੀਆਂ ਵਿੱਚ ਜ਼ਿਆਦਾ ਨਿਵੇਸ਼ ਕਰਨ ਤੋਂ ਹਿਚਕਚਾਹਟ ਕਿਉਂਕਿ ਨੀਤੀ ਪਹਿਲ ਨਿੱਜੀ ਖੇਤਰ ਦੇ ਤੇਜ਼ ਉਭਾਰ ਵੱਲ ਹੋ ਗਈ ਜੋ ਹੁਣ ਆਪਣੇ ਆਪ ਨੂੰ ਨਿੱਜੀ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਉਦਯੋਗ ਦੇ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਪੁਨਰ ਸਥਾਪਿਤ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੈ। ਪਹਿਲੀ ਦਲੀਲ ਦੇ ਮੁਤਾਬਕ ਐੱਨ ਐੱਚ ਐੱਮ ਨੂੰ ਫੰਡ ਇਸ ਕਰਕੇ ਘੱਟ ਨਹੀਂ ਮਿਲੇ ਕਿ ਇਹ ਅਸਫਲ ਹੋ ਰਿਹਾ ਸੀ – ਸਗੋਂ ਇਸ ਨੇ ਹਮਾਇਤ ਗੁਆ ਲਈ ਕਿਉਂਕਿ ਇਸ ਦੇ ਸਫਲ ਹੋਣ ਨੂੰ ਖ਼ਤਰਾ ਸੀ। ਇਹ ਮਾਮਲੇ ਨੂੰ ਵਧਾ ਕੇ ਪੇਸ਼ ਕਰਨਾ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਪਰ ਅਸੀਂ ਗੌਰ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਸਿਹਤ ਨੀਤੀ ਦਾ ਖਰੜਾ, ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਉਦਯੋਗ ਦੇ ਵਿਕਾਸ ਲਈ ਅਨੁਕੂਲ ਸ਼ਰਤਾਂ ਬਣਾਉਣ ਵਾਸਤੇ ਸਰਕਾਰੀ ਯਤਨਾਂ ਦੀ ਵਿਸਥਾਰ ਵਿਚੋਂ ਪ੍ਰਸ਼ੰਸਾ ਕਰਦਾ ਹੈ।

2013 ਵਿੱਚ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਸ਼ਹਿਰੀ ਸਿਹਤ ਮਿਸ਼ਨ ਨੂੰ ਪ੍ਰਵਾਨਗੀ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਪਰ ਇਸ ਨਾਲ ਵੀ ਕੇਂਦਰੀ ਫੰਡਾਂ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਵੱਡਾ ਵਾਧਾ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ। ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਸਿਹਤ ਨੀਤੀ ਦੇ ਖਰੜੇ ਵਿੱਚ ਵਰਨਣ ਹੈ "ਵਿਆਪਕ ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਸਿਹਤ ਪ੍ਰਣਾਲੀਆਂ ਨੂੰ ਮਜਬੂਤ ਕਰਨ ਵਾਸਤੇ, ਉਪਲਬਧ ਸਰੋਤਾਂ ਤੋਂ ਕਿਤੇ ਵੱਧ ਨਿਵੇਸ਼ ਅਤੇ ਮਨੁੱਖੀ ਸ੍ਰੋਤਾਂ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ। ਪ੍ਰਾਪਤ ਬਜਟ ਅਤੇ ਉਸ ਅਧੀਨ ਖਰਚ, ਐੱਨ ਆਰ ਐੱਚ ਐੱਮ ਢਾਂਚੇ ਦੇ ਪੁਨਰ ਜਾਗਰਣ ਲਈ ਸੋਚੇ ਖਰਚ ਦਾ ਸਿਰਫ਼ 40 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਹੀ ਸੀ।"

ਰਾਜਨੀਤਕ ਇੱਛਾ ਸ਼ਕਤੀ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਤਿੰਨ ਹੋਰ ਕਾਰਕ ਵੀ ਹਨ ਜੋ ਨਿਵੇਸ਼ ਵਿੱਚ ਵਾਧਾ ਕਰਨ ਦੇ ਮਾਰਗ ਵਿੱਚ ਮੁੱਖ ਚੁਨੌਤੀਆਂ ਜਾਂ ਅੜਿੱਕੇ ਹਨ, ਜੋ ਜਨਤਕ ਸਹਿਤ ਪ੍ਰਣਾਲੀਆਂ ਨੂੰ ਮਜਬੂਤ ਕਰਨਗੇ। ਇਨ੍ਹਾਂ ਵਿਚੋਂ ਪਹਿਲਾ – ਕੇਂਦਰ ਤੋਂ ਰਾਜ ਦੀਆਂ ਸਸ਼ਕਤ ਸਿਹਤ ਸਭਾਵਾਂ ਤੱਕ ਪੈਸੇ ਦੀ ਸਿੱਧੀ ਆਮਦ ਦਾ ਪ੍ਰਵਾਹ ਹੁਣ ਖਜ਼ਾਨੇ ਅਤੇ ਰਾਜ ਦੇ ਬਜਟ ਤੰਤਰ ਰਾਹੀਂ ਹੋ ਗਿਆ ਹੈ। ਅਜਿਹੇ ਰਸਤੇ ਦੀ ਹਮਾਇਤ ਲਈ ਕਈ ਯੋਗ ਰਾਜਨੀਤਕ ਕਾਰਨ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਪਰ ਜ਼ਮੀਨੀ ਹਕੀਕਤ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਰਾਜਨੀਤਕ ਯਥਾਰਥ ਨੂੰ ਪ੍ਰਬੰਧਕੀ ਵਿਹਾਰਕਵਾਦ ਦੇ ਮੇਚ ਦਾ ਕਰਨਾ ਪਵੇਗਾ – ਨਹੀਂ ਤਾਂ ਜੋ ਹੋਵੇਗਾ, ਉਹ ਹੈ ਫੰਡਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਨ ਦੀ ਅਸਫਲਤਾ। ਦੂਜੀ ਸਮੱਸਿਆ ਹੈ ਕਿ ਜਨਤਕ ਸਿਹਤ ਸਹੂਲਤਾਂ ਦਾ ਵਿੱਤੀਕਰਨ ਸਖਤ ਤੇ ਬਹੁਪਰਤੀ ਪੂਰਤੀ ਪੱਖ ਦੇ ਬਜਟ ਉਤੇ ਅਧਾਰਤ ਹੈ ਜੋ ਲਾਗਤ ਖਰਚਿਆਂ ਅਤੇ ਅਕੁਸ਼ਲਤਾਵਾਂ ਨਾਲ ਭਰਿਆ ਪਿਆ ਹੈ। ਥਾਈਲੈਂਡ ਦੀ ਤਰਜ਼ ਉਤੇ ਮੰਗ ਪੱਖ ਨੂੰ ਹੁੰਗਾਰਾ

ਦੇਣ ਵਾਲਾ ਸੰਸਥਾਨਾਂ ਦਾ ਫੰਡ ਵੀ ਆਮਦ ਅਤੇ ਵਰਤੇ ਜਾਣ ਵਿੱਚ ਵੱਡਾ ਸੁਧਾਰ ਲਿਆ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਭਾਵੇਂ ਕਿ ਇਸ ਦਾ ਸਿਹਤ ਨੀਤੀ ਦੇ ਖਰੜੇ ਵਿੱਚ ਜ਼ਿਕਰ ਹੈ - ਪਰ ਇਸ ਉਤੇ ਹਾਲੇ ਕੰਮ ਸ਼ੁਰੂ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ। ਤੀਜਾ, ਅਤੇ ਸ਼ਾਇਦ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਡਾ ਅੜਿੱਕਾ ਨਿਰੰਤਰ ਅਤੇ ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਦੀਆਂ ਭਰੋਸੇਯੋਗ ਸ਼ਰਤਾਂ ਉਤੇ, ਹੁਨਰਮੰਦ ਜਨਸਿਹਤ ਕਾਮਿਆਂ ਵਿੱਚ ਵਾਧੇ ਲਈ ਨਿਵੇਸ਼ ਕਰਨ ਦੀ ਹਿਚਕਚਾਹਟ ਹੈ। ਸਾਰੀਆਂ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰਣਾਲੀਆਂ ਵਿੱਚ ਸੇਵਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਵਾਲਿਆਂ ਨੂੰ ਅਦਾਇਗੀਆਂ ਕੁੱਲ ਜਨ ਸਿਹਤ ਖਰਚੇ ਦਾ 50 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਬਣਦੀਆਂ ਹਨ। ਅਜਿਹਾ ਹੋਰ ਵੀ ਜ਼ਿਆਦਾ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜਦੋਂ ਮਾਮਲਾ ਘੱਟ ਵਿਕਸਤ ਦੇਸ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਮੁਢਲੀ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਦਾ ਹੋਵੇ। ਇਕਸਮਾਨ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਵੱਲ ਮੁੜਨ ਵਾਲੇ ਸਾਰੇ ਦੇਸ਼ ਆਪਣੇ ਖਾਕਿਆਂ ਦੀ ਪਰਵਾਹ ਕੀਤੇ ਬਿਨਾਂ, ਇਕ ਸਾਂਝੀ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ਤਾ ਰੱਖਦੇ ਹਨ - ਚੰਗੇ ਹੁਨਰਮੰਦ ਅਤੇ ਤਨਖ਼ਾਹ ਲੈਣ ਵਾਲੇ ਸਿਹਤ ਕਾਮਿਆਂ ਦੀ ਢੁੱਕਵੀਂ ਸੰਖਿਆ। ਜੇ ਪ੍ਰਣਾਲੀਆਂ ਨਿੱਜੀ ਖੇਤਰ ਤੋਂ ਸੰਭਾਲ ਖਰੀਦਣ ਉਤੇ ਅਧਾਰਤ ਹਨ ਤਾਂ ਸੰਭਵ ਹੈ ਕਿ ਉਹ ਤਨਖ਼ਾਹਾਂ ਉਤੇ ਵੱਧ ਖਰਚ ਕਰ ਰਹੇ ਹਨ।

ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਉਦਯੋਗ ਦਾ ਵਾਧਾ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਲਾਗਤ ਕਰਕੇ ਕੰਗਾਲੀ ਵਧਣਾ

2015 ਦੇ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਸਿਹਤ ਨੀਤੀ ਖਰੜੇ ਵਿੱਚ ਨੋਟ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ ਕਿ "ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਦੀਆਂ ਸਾਰੀਆਂ ਲੋੜਾਂ ਨੂੰ ਦਾਇਰੇ ਵਿੱਚ ਲਿਆਉਣ ਲਈ ਜਨਤਕ ਨਿਵੇਸ਼ ਦੀ ਅਸਫਲਤਾ, ਸੰਭਾਲ ਦੀ ਲਾਗਤ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਖਰਚੇ ਕਾਰਨ ਹੋਈ ਕੰਗਾਲੀ ਦੇ ਕਾਰਨ ਬਣ ਰਹੀ ਸਥਿਤੀ ਦੇ ਸਪੱਸ਼ਟ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਦਰਸਾਏ ਗਏ ਹਨ।" ਜਦੋਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਦਾ ਬੋਝ ਗ਼ੈਰ-ਛੂਤ ਵਾਲੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਵੱਲ ਚਲਾ ਗਿਆ ਅਤੇ ਇਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਜਨ ਸਿਹਤ ਪ੍ਰਣਾਲੀਆਂ ਦੇ ਦਾਇਰੇ ਹੇਠ ਨਹੀਂ ਲਿਆਂਦਾ ਗਿਆ - ਸ਼ਾਇਦ ਭੀੜ ਨਾਲ ਲੱਦੇ ਸਰਕਾਰੀ ਮੈਡੀਕਲ ਕਾਲਜ ਹਸਪਤਾਲਾਂ ਨੂੰ ਛੱਡ ਕੇ, ਤਾਂ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਨਿੱਜੀ ਖੇਤਰ ਦੀ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਵੱਲ ਜਾਣ ਲਈ ਮਜਬੂਰ ਹੋਣਾ ਪਿਆ। ਇਹ ਬਦਲਾਅ ਸ਼ਹਿਰੀ ਖੇਤਰਾਂ ਅਤੇ ਪੁਰਾਣੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਦੇ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ ਵੱਧ ਨਜ਼ਰ ਆ ਰਿਹਾ ਹੈ। ਇਸ ਬਦਲਾਅ ਦਾ ਫੌਰੀ ਪ੍ਰਭਾਵ, ਜੋ ਬੇਹਤਰ ਕਾਰਗੁਜ਼ਾਰੀ ਵਾਲੇ ਕੇਰਲ ਅਤੇ ਤਾਮਿਲਨਾਡੂ ਵਰਗੇ ਰਾਜਾਂ ਵਿੱਚ ਵੀ ਵਾਪਰਦਾ ਹੈ। ਉਹ ਹੈ ਜੇਬ ਵਿਚੋਂ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਖਰਚਿਆਂ ਵਿੱਚ ਬੇਤਹਾਸ਼ਾ ਵਾਧਾ। ਇਹ ਬਦਲਾਅ, ਉਦਯੋਗ ਵਜੋਂ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਖੇਤਰ ਵਿੱਚ ਨਿੱਜੀ ਖੇਤਰ ਦੇ ਤੇਜ਼ ਵਾਧੇ ਦਾ ਕਾਰਨ ਅਤੇ ਨਤੀਜਾ ਵੀ ਸੀ। ਜਦ ਕਿ ਨਿੱਜੀ ਖੇਤਰ ਦੀ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਵਿੱਚ ਮੋਟੇ ਤੌਰ ਤੇ ਇਕ ਡਾਕਟਰ ਵਾਲਾ ਕਲੀਨਿਕ ਜਾਂ ਛੋਟੇ ਨਰਸਿੰਗ ਹੋਮ ਹੀ ਸ਼ਾਮਿਲ ਸਨ ਜਿਥੇ ਮਾਲਕ ਹੀ ਨਿਵੇਸ਼ਕ ਤੇ ਪ੍ਰਬੰਧਕ ਸਨ - ਅਤੇ ਉੱਚ ਪ੍ਰਬੰਧਕਾਂ ਦੀਆਂ ਤਨਖ਼ਾਹਾਂ ਅਤੇ ਮੁਨਾਫ਼ਿਆਂ ਵਿੱਚ ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਅੰਤਰ ਸੀ - ਇਕ ਨਵੀਂ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੀ ਨਿੱਜੀ ਖੇਤਰ ਦੀ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ, ਜੋ ਨਿਵੇਸ਼ਕਾਂ ਦੇ ਪੈਸੇ ਉਤੇ ਆਧਾਰਤ ਹੈ ਅਤੇ ਜਿਸ ਦਾ ਮੁੱਖ ਮਕਸਦ ਨਿਵੇਸ਼ ਤੋਂ ਵੱਡਾ ਲਾਭ ਕਮਾਉਣਾ ਹੈ, ਇਹ ਜ਼ੋਰ ਫੜਦਾ ਜਾ ਰਿਹਾ ਹੈ। ਨਿੱਜੀ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਉਦਯੋਗ ਲਗਭਗ 15 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਸੀ ਏ ਜੀ ਆਰ ਦੀ ਦਰ ਨਾਲ ਵਿਕਾਸ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੈ ਜੋ ਸੇਵਾ ਖੇਤਰ ਦੀ ਵਿਕਾਸ ਦਰ ਨਾਲੋਂ ਦੁੱਗਣਾ ਅਤੇ ਕੁੱਲ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਵਿਕਾਸ ਦਰ ਨਾਲੋਂ ਤਿੰਨ ਗੁਣਾ ਹੈ। ਇਸ ਨੇ ਕਾਫੀ ਸਾਰੀ ਉੱਦਮੀ ਪੂੰਜੀ ਨੂੰ ਵੀ ਆਕਰਸ਼ਿਤ ਕੀਤਾ। ਇਸ ਦੇ ਬਿਲਕੁਲ ਨੇੜੇ-ਤੇੜੇ ਨਿੱਜੀ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਉਦਯੋਗ ਹੈ ਜੋ ਸਿੱਧੇ ਵਿਦੇਸ਼ੀ ਨਿਵੇਸ਼ ਦੀ ਸੀਮਾ ਦੀ ਪਾਬੰਦੀ ਘੱਟ ਹੋਣ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਹੋਰ ਤੇਜ਼ੀ ਨਾਲ ਵਧਣ ਫੁੱਲਣ ਲਈ ਤਿਆਰ ਬਰ ਤਿਆਰ ਹੈ। ਨਿੱਜੀ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਉਦਯੋਗ ਦੀ ਕੁੱਲ ਕੀਮਤ 40 ਬਿਲੀਅਨ ਡਾਲਰ ਦੇ ਆਸ ਪਾਸ ਹੈ ਅਤੇ ਬਜ਼ਾਰ ਸਰੋਤਾਂ ਮੁਤਾਬਕ 2020 ਤੱਕ ਇਸ ਦੇ ਵਧ ਕੇ 280 ਬਿਲੀਅਨ ਡਾਲਰ ਹੋਣ ਦੀ ਆਸ ਹੈ। ਇਸ ਵਿੱਚੋਂ 50 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਹਸਪਤਾਲ ਦੀ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਨੂੰ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜਿਸ ਵਾਸਤੇ ਮਰੀਜ਼ ਅਦਾਇਗੀ ਕਰਦੇ ਹਨ - ਬਾਕੀ ਦਵਾਈ ਖੇਤਰ, ਡਾਕਟਰੀ ਉਪਕਰਨਾਂ ਅਤੇ ਬੀਮਾ ਖੇਤਰ ਨੂੰ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਨਿੱਜੀ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਉਦਯੋਗ ਦਾ ਵਿਕਾਸ ਇਹ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਜਨਸੰਖਿਆ ਦੇ ਉੱਚ ਪੱਧਰੀ ਵਰਗ ਦੀ ਪਹੁੰਚ ਹੁਣ ਅਜਿਹੀ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਤੱਕ ਹੈ ਜਿਸ ਦਾ ਮੁਕਾਬਲਾ ਦੁਨੀਆਂ ਦੀ ਬੇਹਤਰੀਨ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾ ਨਾਲ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਉਦਯੋਗ ਦਾ ਜਿਹੜਾ ਭਾਗ ਇਸ 10 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਵਸੋਂ ਨੂੰ ਸੇਵਾ ਦਿੰਦਾ ਹੈ, ਉਹ ਮੁਕਾਬਲੇਬਾਜ਼ੀ ਕਰਕੇ ਵਿਦੇਸ਼ਾਂ ਤੋਂ ਵੀ ਗਾਹਕ/ਮਰੀਜ਼ ਖਿੱਚਣ ਵਿੱਚ ਕਾਮਯਾਬ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ। ਪਰ ਇਸ ਕਰਕੇ ਮਾਹਰ ਵੀ ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਬਦਲ ਕੇ ਇਸ ਸਿਹਤ ਖੇਤਰ ਵਿੱਚ ਆ ਰਹੇ ਹਨ, ਜਿਸ ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਕਿ ਅਮੀਰਾਂ ਵਰਗੀ ਦੌਲਤ ਜਾਂ ਆਮਦਨ ਨਾ ਹੋਣ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ ਵੀ ਮਾਹਰਾਂ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲੈਣ ਵਾਲੇ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਇਨ੍ਹਾਂ ਕਾਰਪੋਰੇਟ ਹਸਪਤਾਲਾਂ ਵਿੱਚ ਜਾਣਾ ਪਵੇਗਾ। ਇਹ ਨਿੱਜੀ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਉਦਯੋਗ ਲਈ ਘਾਤਕ ਖਰਚ ਦਾ ਮਾਮਲਾ ਬਣ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਵਿਸ਼ਵ ਮਿਆਰਾਂ ਪੱਖੋਂ ਇਕ ਜਾਂ ਦੋ ਉੱਚ ਵਰਗ ਦੇ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਵਾਲਾ ਬਾਜ਼ਾਰ ਬਹੁਤ ਵੱਡਾ ਬਾਜ਼ਾਰ ਹੈ, ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਯੂਰਪੀਨ ਦੇਸ਼ਾਂ ਨਾਲੋਂ ਵੀ ਵੱਡਾ। ਪਰ ਇਸ ਨਾਲ ਮਾਹਰਾਂ ਦੀ ਅੰਦਰੂਨੀ ਪ੍ਰਤਿਭਾ ਦੀ ਹਿਜਰਤ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਜਨਤਕ ਖੇਤਰ ਵੱਲ ਆਕਰਸ਼ਿਤ ਕਰਨਾ ਅਤੇ ਬਣਾਈ ਰੱਖਣਾ ਲਗਾਤਾਰ ਔਖਾ ਹੁੰਦਾ ਜਾ ਰਿਹਾ ਹੈ - ਭਾਵੇਂ ਕਿ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਜਨਤਕ ਖੇਤਰ ਦੀਆਂ ਉੱਚ ਤਨਖ਼ਾਹਾਂ ਦੇ ਬਰਾਬਰ ਤਨਖ਼ਾਹ ਦਿੱਤੀ ਜਾਵੇ। ਇਹ ਵੀ ਖ਼ਤਰਾ ਹੈ ਕਿ ਜਿਸ ਵਪਾਰਕ ਮਾਡਲ ਉਤੇ ਇਹ ਹਸਪਤਾਲ ਅਧਾਰਤ ਹਨ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਉਨ੍ਹਾਂ ਡਾਕਟਰਾਂ ਨੂੰ ਇਨਾਮ ਦੇਣਾ ਜੋ ਮਰੀਜ਼ ਭੇਜਦੇ ਹਨ ਜਾਂ ਡਾਕਟਰਾਂ ਨੂੰ ਕੁੱਝ ਖ਼ਾਸ ਦਵਾਈਆਂ ਜਾਂ ਫਾਲਤੂ ਦੇ ਟੈਸਟ ਲਿਖਣ ਲਈ ਪ੍ਰੋਤਸਾਹਨ ਦੇਣਾ - ਇਹ ਸਭ ਕੁੱਝ ਇਕ ਆਮ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਰੁਝਾਨ ਬਣਨ ਦਾ ਖ਼ਤਰਾ ਹੈ ਜਿਸ ਨਾਲ ਜਨਤਾ ਵਿੱਚ ਗਲਤ ਧਾਰਨਾ ਬਣੇਗੀ ਕਿ ਚੰਗੀ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਵਿੱਚ ਇਹ ਕੁੱਝ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ?

ਵਿੱਤੀ ਸੁਰੱਖਿਆ ਲਈ ਸਕਰਾਰੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ਾਂ

ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਦੀਆਂ ਲਾਗਤਾਂ ਕਾਰਨ ਬੇਦਖਲੀ ਦੀ ਚੁਨੌਤੀ ਪ੍ਰਤਿ ਸਰਕਾਰ ਦਾ ਕੀ ਹੁੰਘਾਰਾ ਰਿਹਾ ਹੈ? ਇਸ ਦਿਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਰਕਾਰ ਦੀਆਂ ਮੁੱਖ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ਾਂ ਇਹ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਹਨ ਕਿ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ ਸਾਰੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਦਾ ਟੀਚਾ ਸਾਰਿਆਂ ਨੂੰ ਮੁਫਤ ਅਤੇ ਹਰੇਕ ਜਗ੍ਹਾ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਵਾਉਣਾ ਹੋਵੇ ਜਿਸ

ਦੇ ਦਾਇਰੇ ਦੀ ਦਰ ਕਾਫ਼ੀ ਵਧੀਆ ਹੋਵੇ। ਇਸ ਪ੍ਰਕਾਰ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਨੀਤੀ ਦਾ ਖਰੜਾ ਇਸ਼ਾਰਾ ਕਰਦਾ ਹੈ ਕਿ "ਭਾਰਤ ਕੋਲ ਜਨਤਕ ਫੰਡ ਨਾਲ ਚਲਾਏ ਜਾ ਰਹੇ ਐੱਚ ਆਈ ਵੀ ਲਈ ਏ ਆਰ ਟੀ ਦਵਾਈਆਂ ਦੇ, ਦੁਨੀਆਂ ਭਰ ਨਾਲੋਂ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਡੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਹਨ। ਸਾਰੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਅਤੇ ਵੈਕਟਰ ਤੋਂ ਪੈਦਾ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਦੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ, ਟੀ ਬੀ, ਕੋਹੜ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਫਟਾਫਟ ਜਾਂਚ ਕਿੱਟਾਂ ਅਤੇ ਤੀਜੀ ਪੀੜ੍ਹੀ ਦੀਆਂ ਜੀਵਾਣੂ ਵਿਰੋਧੀ ਜਾਂਚ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆਵਾਂ ਆਦਿ ਬਿਲਕੁਲ ਮੁਫਤ ਹਨ। ਇਸੇ ਪ੍ਰਕਾਰ ਕੀਟਨਾਸ਼ਕਾਂ ਨਾਲ ਸ਼ੁੱਧ ਕੀਤੀਆਂ ਮੱਛਰਦਾਨੀਆਂ ਜੋ ਸਾਰੇ ਭੂਗੋਲਿਕ ਖੇਤਰਾਂ ਵਿੱਚ ਮਕਬੂਲ ਹਨ, ਵੀ ਮੁਫਤ ਹਨ। ਅਜਿਹਾ ਹੀ ਕੁੱਝ ਟੀਕਾਕਰਨ ਅਤੇ ਗਰਭ ਅਵਸਥ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਸੰਭਾਲ ਬਾਰੇ ਵੀ ਹੈ। ਇਨ੍ਹਾਂ ਖੇਤਰਾਂ ਵਿੱਚ ਨਿੱਜੀ ਬਜ਼ਾਰਾਂ ਦਾ ਯੋਗਦਾਨ ਨਾ ਦੇ ਬਰਾਬਰ ਹੈ। ਇਸ ਦੇ ਨਾਲ ਹੀ, ਹਾਲ ਹੀ ਵਿੱਚ ਕੇਂਦਰ ਸਰਕਾਰ ਵਲੋਂ ਰਾਜਾਂ ਨੂੰ ਜਨਤਕ ਸਿਹਤ ਸਹੂਲਤਾਂ ਵਿੱਚ ਮੁਫਤ ਦਵਾਈਆਂ ਅਤੇ ਜਾਂਚ ਪੜਤਾਲ ਮੁਫਤ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ ਇਕ ਸਕੀਮ ਸ਼ੁਰੂ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ। ਇਹ ਜੇਬੋਂ ਬਾਹਰੇ ਖਰਚੇ ਨੂੰ ਹੋਰ ਘੱਟ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰੇਗੀ ਜੋ ਗਰੀਬਾਂ ਨੂੰ ਜਨਤਕ ਹਸਪਤਾਲਾਂ ਵਿੱਚ ਵੀ ਭੁਗਤਣਾ ਪੈਂਦਾ ਹੈ। ਭਾਵੇਂ ਕਿ ਨਿੱਜੀ ਖੇਤਰ ਦੀ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਦੀ ਤੁਲਨਾ ਵਿੱਚ ਜਨਤਕ ਹਸਪਤਾਲਾਂ ਵਿੱਚ ਓ ਓ ਪੀ ਈ ਇਕ ਤਿਹਾਈ ਜਾਂ ਕਈ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਦਸਵਾਂ ਹਿੱਸਾ ਵੀ ਹੈ, ਇਹ ਬਾਕੀ ਬਚੀ ਰਕਮ ਬਾਰੇ ਵੀ ਬਹੁਤੇ ਭਾਰਤੀਆਂ ਵਾਸਤੇ ਜੀਅ ਦਾ ਜੰਜਾਲ ਬਣੀ ਹੋਈ ਹੈ। ਇਸ ਗੱਲ ਬਾਰੇ ਲਗਾਤਾਰ ਸਹਿਮਤੀ ਬਣ ਰਹੀ ਹੈ ਕਿ ਵਧੇਰੇ ਪਹੁੰਚ ਅਤੇ ਵਿੱਤੀ ਸੁਰੱਖਿਆ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਦੇ ਸਭ ਤੋਂ ਪ੍ਰਭਾਵੀ ਤਰੀਕਿਆਂ ਵਿੱਚ ਵਰਤੋਂ ਫੀਸ ਨੂੰ ਹਟਾਉਣਾ ਅਤੇ ਜਨਤਕ ਹਸਪਤਾਲਾਂ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਸਹੂਲਤਾਂ ਵਿੱਚ ਮੁਫਤ ਦਵਾਈਆਂ ਤੇ ਜਾਂਚ ਪੜਤਾਲ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਵਾਉਣਾ ਹੈ।

ਸਰਕਾਰੀ ਪੈਸੇ ਵਾਲੇ ਬੀਮਾ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ

ਇਕ ਤੀਜਾ ਉਪਾਅ ਜੋ ਸਰਕਾਰ ਵਲੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ, ਉਹ ਹੈ ਜਨਤਕ ਵਿੱਤੀਕਰਨ ਵਾਲੀਆਂ ਬੀਮਾ ਯੋਜਨਾਵਾਂ ਜੋ ਗਰੀਬਾਂ ਦੇ ਹਸਪਤਾਲਾਂ ਦੇ ਖਰਚੇ ਪੂਰੇ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ। ਇਸ ਸਬੰਧ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਮੁੱਖ ਕੇਂਦਰੀ ਸਕੀਮ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਯੋਜਨਾ ਹੈ ਜੋ ਮੋਟੇ ਤੌਰ ਤੇ ਦਰਮਿਆਨੇ ਦਰਜੇ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਲਈ ਸਹਾਈ ਹੈ। ਇਸ ਦੇ ਨਾਲ ਹੀ ਅੱਠ ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਵੱਧ ਰਾਜਾਂ ਵਲੋਂ ਬੀਮਾ ਯੋਜਨਾਵਾਂ ਸ਼ੁਰੂ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਹਨ ਜੋ ਤੀਜੇ ਦਰਜੇ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਦੀਆਂ ਲੋੜਾਂ ਪੂਰੀਆਂ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ। ਇਨ੍ਹਾਂ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਯੋਜਨਾਵਾਂ ਦੇ ਦਾਇਰੇ ਵਿੱਚ ਆਉਣ ਵਾਲੀ ਜਨਸੰਖਿਆ ਦੀ ਗਿਣਤੀ 2014 ਵਿੱਚ 370 ਮਿਲੀਅਨ ਸੀ (ਕੁੱਲ ਵਸੋਂ ਦਾ ਲਗਭਗ ਇਕ ਚੌਥਾਈ) ਇਸ ਵਸੋਂ ਦਾ ਲਗਭਗ ਦੋ ਤਿਹਾਈ (180 ਮਿਲੀਅਨ) ਗਰੀਬੀ ਰੇਖਾ ਤੋਂ ਹੇਠਾਂ (ਬੀ ਪੀ ਐੱਲ) ਰਹਿਣ ਵਾਲੇ ਵਰਗ ਨਾਲ ਸਬੰਧਿਤ ਹੈ। ਪਰ, ਪ੍ਰਭਾਵੀ ਦਾਇਰੇ ਬਾਰੇ ਸ਼ੱਕ ਵੀ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ - ਮਤਲਬ ਕਿ ਅਧਿਕਾਰਤ ਰਿਕਾਰਡ ਮੁਤਾਬਕ ਜੋ ਇਸ ਦੇ ਦਾਇਰੇ ਵਿੱਚ ਆਉਂਦੇ ਹਨ, ਕੀ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਲੋੜ ਸਮੇਂ ਨਗਦ ਰਹਿਤ ਹਸਪਤਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ?

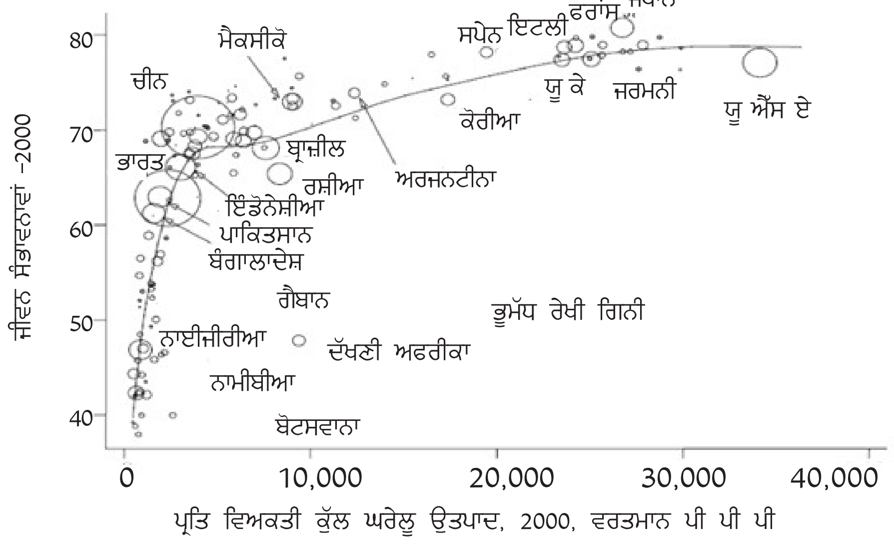
ਇਕ ਵਿਕਲਪ ਜੋ ਮੰਤਰਾਲੇ ਦੇ ਵਿਚਾਰ ਅਧੀਨ ਹੈ, ਉਹ ਇਨ੍ਹਾਂ ਬੀਮਾ ਯੋਜਨਾਵਾਂ ਨੂੰ ਇਕੱਠੇ ਇਕ ਮੰਚ ਉਤੇ ਲੈ ਕੇ ਆਉਣ ਦਾ ਹੈ। ਸਿਹਤ ਮੰਤਰਾਲਾ ਜਨਤਕ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਦੇਣ ਦੇ ਨੇੜਲੇ ਨਜ਼ਰੀਏ ਤੋਂ ਜਨਤਕ ਵਿੱਤੀ ਵਾਲੇ ਬੀਮਾ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਦੇ ਏਕੀਕਰਨ ਬਾਰੇ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਟੈਕਸ ਅਧਾਰਤ ਮੰਗ ਮੁਖੀ ਵਿੱਤੀਕਰਨ ਦੇ ਬੀਮਾ ਸਰੂਪ ਨੂੰ ਨਵਾਂ ਰੂਪ ਦਿੱਤਾ ਜਾ ਸਕੇਗਾ। ਜੋ ਜਨਤਕ ਸੇਵਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਦੇ ਬਦਲ ਦੀ ਬਜਾਇ ਇਸ ਦਾ ਸਹਾਇਕ ਹੋ ਨਿਬੜਦਾ ਹੈ।

ਨਿੱਜੀ ਖੇਤਰ ਨੂੰ ਨਾਲ ਲੈਣਾ

ਨਿੱਜੀ ਖੇਤਰ ਦੇ ਅਕਾਰ ਨੂੰ ਵੇਖਦਿਆਂ ਇਸ ਨਾਲ ਸਾਂਝ ਪਾਉਣ, ਇਹ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਬੇਸ਼ੱਕ ਇਕ ਫੌਰੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਜਨ ਸਿਹਤ ਦੇ ਟੀਚਿਆਂ ਦੀ ਪ੍ਰਾਪਤੀ ਲਈ ਯੋਗਦਾਨ ਪਾਵੇ। ਬੇਸ਼ੱਕ, ਬੀਮਾ ਅਜਿਹਾ ਕਰਨ ਦਾ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਤਰੀਕਾ ਹੈ। ਪਰ ਇਹ ਨਿਯਮ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਵਿੱਚ ਵਧੇਰੇ ਯਤਨਾਂ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਸਾਰੇ ਹੀ ਦੇਸ਼ਾਂ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਨਿੱਜੀ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਦੇਣ ਵਾਲਿਆਂ ਕੋਲੋਂ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਖਰੀਦਣ ਦੀ ਸਿਹਤ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਹੈ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਕੋਲ ਵਿਆਪਕ ਨਿਯਮ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਦਾ ਸ਼ਾਸਨ ਮੌਜੂਦ ਹੈ। ਭਾਰਤ ਵਿੱਚ ਅਜਿਹੀ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਨੂੰ ਲਾਗੂ ਕਰਨਾ ਇਕ ਚੁਨੌਤੀ ਹੈ। ਕਲਿਨੀਕਲ ਸੰਸਥਾਨ ਐਕਟ ਨੇ ਬਹੁਤ ਹੀ ਸਧਾਰਨ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਕੀਤੀ ਹੈ - ਪਰ ਇਸ ਨੂੰ ਵੀ ਅਮਲ ਵਿੱਚ ਲਿਆਉਣ ਲਈ ਡਾਕਟਰੀ ਪੇਸ਼ੇ ਦਾ ਭਰੋਸਾ ਹਾਸਲ ਕਰਨਾ ਹਲੇ ਬਾਕੀ ਹੈ। ਨਿਯਮ ਪ੍ਰਣਾਲੀ

ਬਾਕੀ ਸਫ਼ਾ 13 ਉੱਤੇ

ਚਿੱਤਰ-1 : ਦਹਿਸਦੀ ਪ੍ਰੈਸਟਨ ਕਰਵ



ਸ੍ਰੋਤ : ਡੀਟਨ, ਐਂਗਸ, 2004। "ਹੈਲਥ ਇਨ ਐਨ ਏਜ ਆਫ ਗਲੋਬਲਾਈਜ਼ੇਸ਼ਨ, ਨੈਸ਼ਨਲ ਬਿਊਰੋ ਆਫ ਇਕਨਾਮਿਕ ਰਿਸਰਚ/ਲੇਖਕ ਦਾ ਹਿਸਾਬ ਕਿਤਾਬ 2003 ਦੇ ਵਿਸ਼ਵ ਵਿਕਾਸ ਸੂਚਕਾਂ ਉਤੇ ਅਧਾਰਤ ਹੈ। (ਜੀਵਨ ਸੰਭਾਵਨਾ ਅਤੇ ਪੈੱਨ ਵਰਲਡ ਟੇਬਲ (ਕੁੱਲ ਘਰੇਲੂ ਉਤਪਾਦ)।

ਭਾਰਤ ਵਿੱਚ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਸਿਹਤ ਨੀਤੀ ਦਾ ਵਿਕਾਸ

ਜੇ.ਵੀ.ਆਰ ਪ੍ਰਸਾਦ ਰਾਓ

ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਸਿਹਤ ਨੀਤੀ 2014 ਦਾ ਰੂਪਰੇਖਾ ਭਾਰਤ ਦੇ ਪਿਛਲੇ ਛੇ ਦਹਾਕਿਆਂ ਦੇ ਸਿਹਤ ਖੇਤਰ ਸਮੇਂ ਦੌਰਾਨ ਐਲਾਨਿਆ ਜਾਣ ਵਾਲਾ ਤੀਜਾ ਨੀਤੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਹੈ। ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਸਿਹਤ ਨੀਤੀ 1983 ਨੂੰ 'ਅਲਮਾ ਅੱਟਾ' ਘੋਸ਼ਣਾ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦੇ ਅੰਤਰਰਾਸ਼ਟਰੀ ਦ੍ਰਿਸ਼ਟੀਕੋਨ-2000 ਤੱਕ 'ਸਾਰਿਆਂ ਲਈ ਸਿਹਤ', ਦੇ ਪਿਛੋਕੜ ਵਿੱਚ ਬਣਾਇਆ ਗਿਆ ਸੀ। ਇਸ ਵਿੱਚ ਬੁਨਿਆਦੀ ਢਾਂਚੇ ਦੇ ਵਿਕਾਸ, ਮੁੱਢਲੀ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਅਤੇ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਕਾਰਜ-ਕਰਤਾਵਾਂ ਦੇ ਕਾਡਰ ਉਪਰ ਜ਼ੋਰ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਸੀ। ਪਰ ਇਹ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਹਾਸਲ ਕਰਨਯੋਗ ਟੀਚਿਆਂ ਅਤੇ ਉਸ ਦੇ ਬਰਾਬਰ ਵਸੀਲਿਆਂ ਦੀ ਲੋੜ ਨੂੰ ਸਪੱਸ਼ਟ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਉਜਾਗਰ ਨਾ ਕਰਨ ਕਾਰਨ ਅਮਲੀ ਰੂਪ ਨਾ ਲੈ ਸਕਿਆ ਅਤੇ '2000 ਤੱਕ ਸਾਰਿਆਂ ਲਈ ਸਿਹਤ' ਦੇ ਆਪਣੇ ਸੰਭਾਵੀ ਟੀਚੇ ਦੇ ਨੇੜੇ-ਤੇੜੇ ਵੀ ਨਾ ਪਹੁੰਚ ਸਕਿਆ।

ਦਹਿਸਦੀ ਘੋਸ਼ਣਾ 2000 ਅਤੇ ਅੰਤਰ-ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਪੱਧਰ ਉਤੇ ਕਈ ਸਿਹਤ ਸਬੰਧਿਤ ਦਹਿਸਦੀ ਵਿਕਾਸ ਉਦੇਸ਼ਾਂ (ਐੱਮ ਡੀ ਜੀ) ਦੀ ਪ੍ਰਵਾਨਗੀ ਨੇ ਨਵੀਂ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਸਿਹਤ ਨੀਤੀ 2002 ਨੂੰ ਜਨਮ ਦਿੱਤਾ। ਇਸ ਵਿੱਚ ਸਾਰਿਆਂ ਲਈ ਸਿਹਤ ਦੇ ਟੀਚੇ ਨੂੰ ਹਾਸਲ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਕਮੀਆਂ ਅਤੇ ਚੁਣੌਤੀਆਂ ਦੀ ਸਪੱਸ਼ਟ ਸ਼ਨਾਖ਼ਤ ਕੀਤੀ ਗਈ ਅਤੇ ਲੋਕਾਂ ਦੇ ਸਿਹਤ ਮਿਆਰਾਂ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਲਈ ਵਧੇਰੇ ਅਮਲੀ ਰਵੱਈਆ ਅਪਣਾਇਆ ਗਿਆ। ਇਸ ਨੇ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ ਸਿਹਤ ਮਿਆਰ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਕਰਨ ਲਈ ਲੋੜੀਂਦੇ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ ਸਰੋਤਾਂ ਦੀ ਘਾਟ ਦੀ ਸ਼ਨਾਖ਼ਤ ਕਰਕੇ ਇਹ ਸਿਫਾਰਸ਼ ਕੀਤੀ ਕਿ ਕੁੱਲ ਘਰੇਲੂ ਉਤਪਾਦ ਦੇ ਅਨੁਪਾਤ ਵਿੱਚ ਸਿਹਤ ਖੇਤਰ ਉਪਰ ਖਰਚੇ ਦੀ ਮੌਜੂਦਾ ਇਕ ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਦਰ ਨੂੰ ਆਉਂਦੇ ਦਸ ਸਾਲਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ-ਅੰਦਰ ਦੁੱਗਣਾ, ਭਾਵ 2 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਕਰ ਦੇਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਨੇ ਮੁੱਢਲੀ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਉਤੇ ਜ਼ੋਰ ਦਿੰਦਿਆਂ ਸੁਝਾਇਆ ਕਿ ਸਿਹਤ ਖਰਚੇ ਦਾ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ 50 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਮੁੱਢਲੀ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਉਤੇ ਖਰਚ ਕੀਤਾ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਨੇ ਪਹਿਲੀ ਵਾਰ ਅਗਲੇ ਦਸ ਸਾਲਾਂ ਦੌਰਾਨ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਸਿਹਤ ਸੰਬੰਧੀ ਟੀਚਿਆਂ ਦੀ ਸਪੱਸ਼ਟ ਸੂਚੀ ਵੀ ਤਿਆਰ ਕੀਤੀ।

ਸਿਹਤ ਵਿੱਚ ਜਨਤਕ ਖਰਚੇ ਨੂੰ ਵਧਾਉਣ ਲਈ ਵੱਡਾ ਜ਼ੋਰ ਪਾਏ ਜਾਣ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ ਅਗਲੇ ਦਸ ਸਾਲਾਂ ਦੌਰਾਨ ਸਿਹਤ ਖੇਤਰ ਉਪਰ ਸਰਕਾਰੀ ਬਜਟ ਵਿੱਚੋਂ ਹਿੱਸਾ ਕੁੱਲ ਘਰੇਲੂ ਉਤਪਾਦ ਦੇ ਅਨੁਪਾਤ ਵਿੱਚ ਇਕ ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਦੇ ਆਸ-ਪਾਸ ਹੀ ਰੁਕਿਆ ਰਿਹਾ। ਭਾਵੇਂ ਰੋਗਾਂ ਉਪਰ ਕਾਬੂ ਪਾਉਣ ਅਤੇ ਜੱਚਾ-ਬੱਚਾ ਸਿਹਤ ਜਿਹੇ ਖੇਤਰਾਂ ਵਿੱਚ ਦੇਸ਼ ਵਲੋਂ ਸਫਲਤਾ ਹਾਸਲ ਕੀਤੀ ਗਈ, ਛੂਤ ਦੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਦੂਜੇ ਰੋਗਾਂ ਉਤੇ ਕਾਬੂ ਪਾਉਣ, ਗਰੀਬ ਅਤੇ ਮੁਥਾਜ ਸ਼੍ਰੇਣੀ ਦੀ ਵਸੋਂ ਤੱਕ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਸਾਵੀਂ ਪਹੁੰਚ, ਅਤੇ ਦੇਸ਼ ਵਿੱਚ ਸਿਖਲਾਈ ਪ੍ਰਾਪਤ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਕਾਰਜ-ਕਰਤਾਵਾਂ ਦੀ ਵੱਡੀ ਘਾਟ ਜਿਹੀਆਂ ਕਮੀਆਂ ਨੂੰ ਦੂਰ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਿਆ।

ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਸਿਹਤ ਨੀਤੀ 2014 ਦਾ ਖਰੜਾ ਕਈ ਢੰਗਾਂ ਨਾਲ ਤਾਜ਼ਾ ਅਤੇ ਨਵੀਨਤਾ ਵਾਲਾ ਹੈ। ਸਰਕਾਰ ਨੇ ਨੀਤੀ ਘੜਨ ਵਿੱਚ ਪਾਰਦਰਸ਼ਤਾ ਦੇ ਨੇਮ ਅਪਣਾਉਂਦਿਆਂ ਇਸ ਖਰੜੇ ਨੂੰ, ਮਾਹਿਰਾਂ ਅਤੇ ਆਮ ਜਨਤਾ ਦੋਹਾਂ ਤੋਂ ਵੱਡੀ ਪੱਧਰ ਉਤੇ ਸੁਝਾਅ ਲੈਣ ਲਈ, ਜਨਤਕ ਕਰ ਦਿੱਤਾ ਹੈ। ਸਿਹਤ ਖੇਤਰ ਦੇ ਪ੍ਰਸੰਗ ਵਿੱਚ ਬਦਲਾਅ ਨੂੰ ਵਿਚਾਰ ਲੈਣ ਲਈ ਸਾਹਮਣੇ ਰੱਖਿਆ ਗਿਆ ਹੈ। ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਗੱਲ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਇਸ ਵਿੱਚ ਮੰਨਿਆ ਗਿਆ ਹੈ ਕਿ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਲਾਗਤਾਂ ਵਿੱਚ ਵਾਧੇ ਕਾਰਨ ਵੱਡੇ ਖਰਚੇ ਹੋ ਰਹੇ ਹਨ ਅਤੇ ਇਹ ਅਨੁਮਾਨ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਖਰਚੇ ਗਰੀਬੀ ਪੈਦਾ ਹੋਣ ਦੇ ਵੱਡੇ ਕਾਰਨਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਇਕ ਹਨ। ਨੀਤੀ ਵਿਚ ਮੰਨਿਆ ਗਿਆ ਹੈ ਕਿ 'ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਲਾਗਤਾਂ ਕਾਰਨ ਪਰਿਵਾਰਾਂ ਦੀ ਆਮਦਨ ਨੂੰ ਖੋਰਾ ਲਗਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸ ਆਮਦਨ ਵਿੱਚ ਵਾਧੇ ਨੂੰ ਨਿਗੂਣਾ ਕਰ ਦਿੰਦਾ ਹੈ, ਜਦ ਕਿ ਹਰ ਸਰਕਾਰੀ ਸਕੀਮ ਗਰੀਬੀ ਨੂੰ ਘਟਾਉਣ ਦਾ ਮੰਤਵ ਲੈ ਕੇ ਚਲਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਮੁਤਾਬਕ ਸਿਹਤ ਲਾਗਤਾਂ ਕਾਰਨ ਵੱਡੀ ਗਿਣਤੀ ਵਿੱਚ ਪਰਿਵਾਰ ਵੱਡੇ ਖਰਚਿਆਂ ਦੀ ਮਾਰ ਹੇਠ ਹਨ (2004-2005 ਵਿੱਚ 15 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ 2011-2012 ਵਿੱਚ 18 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ)। ਇਸ ਵਿੱਚ ਇਹ ਵੀ ਮੰਨਿਆ ਗਿਆ ਕਿ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਕਰਾਉਣ ਵਿੱਚ ਵਾਧਾ ਵਧੇਰੇ ਕਰਕੇ ਜੱਚਾ-ਬੱਚਾ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਅਤੇ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਰੋਗ ਨਿਯੰਤਰਣ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਜਿਹੇ ਚੋਣਵੇਂ ਖੇਤਰਾਂ ਵਿੱਚ ਹੋਇਆ ਨਾ ਕਿ ਵਿਆਪਕ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਜੋ ਕਿ ਵਿਆਪਕ ਜਨਤਕ ਸਿਹਤ ਮਾਨਕਾਂ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਲਈ ਲੋੜੀਂਦਾ ਸੀ। ਛੂਤ ਵਾਲੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਅਤੇ ਜੱਚਾ-ਬੱਚਾ ਸੰਬੰਧਿਤ ਰੋਗਾਂ ਤੋਂ ਵਧੇਰੇ ਧਿਆਨ, ਲਾਗ ਰਹਿਤ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਅਤੇ ਸੱਟ, ਚੋਟ ਉਤੇ ਦੇ ਕੇ ਨਵੀਂ ਖਰੜਾ ਨੀਤੀ ਰਾਹੀਂ ਦੋਹਾਂ ਵਿੱਚ ਸੰਤੁਲਨ ਬਣਾਉਣ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ।

ਨਵੀਂ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਸਿਹਤ ਨੀਤੀ ਰੂਪਰੇਖਾ ਦਾ ਮੁੱਖ ਉਦੇਸ਼ ਸੂਚਿਤ ਕਰਨਾ, ਸਪੱਸ਼ਟ ਕਰਨਾ ਅਤੇ ਬਰਾਬਰੀ, ਸਰਬ-ਵਿਆਪਕਤਾ ਅਤੇ ਸਮੁੱਚਤਾ ਵਾਲੀ ਸ਼ਮੂਲੀਅਤ ਸਮੇਤ ਮੁੱਖ ਨੇਮਾਂ ਉਤੇ ਚਲਦਿਆਂ, ਸਾਰੇ ਪੱਧਰਾਂ ਉਤੇ ਸਿਹਤ ਪ੍ਰਣਾਲੀਆਂ ਨੂੰ ਘੜਨ ਵਿੱਚ ਸਰਕਾਰ ਦੀ ਭੂਮਿਕਾ ਅਤੇ ਤਰਜੀਹ ਤੈਅ

ਕਰਨਾ ਹੈ।

ਪਰ ਇਕ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਨੀਤੀ ਲਈ ਨਤੀਜਾ ਕੇਂਦਰਿਤ ਹੋਣ ਅਤੇ ਸਾਧਨ ਸਬੰਧੀ ਲੋੜਾਂ ਦੀ ਸਪੱਸ਼ਟਤਾ ਸਮੇਤ ਤੈਅਸ਼ੁਦਾ ਸਮੇਂ ਸੀਮਾ ਰੱਖਣਾ ਵੀ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ। ਇਸ ਨੂੰ ਲਾਜ਼ਮੀ ਤੌਰ ਤੇ ਇਸ ਗੱਲ ਉਤੇ ਧਿਆਨ ਕੇਂਦਰਿਤ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਕਿ ਸਰਕਾਰ ਆਪਣੀਆਂ ਨੇਮਬੰਦੀ ਅਤੇ ਵਿਕਾਸ ਸਬੰਧੀ ਭੂਮਿਕਾਵਾਂ ਨੂੰ ਲੈ ਕੇ ਕਿਵੇਂ ਚਲਣਾ ਚਾਹੁੰਦੀ ਹੈ।

ਮੌਜੂਦਾ ਰੂਪਰੇਖਾ ਵਿੱਚ ਤੈਅ ਕੀਤੇ ਗਏ ਟੀਚਿਆਂ ਨੂੰ ਅਮਲੀ ਨੀਤੀ ਵਿੱਚ ਰੁਪਾਂਤਰਿਤ ਕੀਤਾ ਜਾਣਾ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਹਾਸਲ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਅਤੇ ਟੀਚਿਆਂ ਦਾ ਸਪੱਸ਼ਟ ਵਰਨਣ ਹੋਵੇ, ਇਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਹਾਸਲ ਕਰਨ ਲਈ ਲੋੜੀਂਦੀ ਸਮੇਂ ਸੀਮਾ ਅਤੇ ਆਰਥਿਕ ਤੇ ਤਕਨੀਕੀ ਵਸੀਲਿਆਂ ਬਾਰੇ ਵੀ ਦੱਸਿਆ ਗਿਆ ਹੋਵੇ।

ਨੀਤੀ ਨੂੰ 10 ਤੋਂ 15 ਸਾਲ ਦੀ ਸਮਾਂ ਸੀਮਾ ਲੈ ਕੇ ਚੱਲਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਟੀਚਿਆਂ/ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਨੂੰ ਸਿਹਤ ਬਾਰੇ ਬਰਕਰਾਰ ਰਹਿਣਯੋਗ ਵਿਕਾਸ ਉਦੇਸ਼ (ਐੱਸ ਡੀ ਜੀ-3), ਜਿਸ ਨੂੰ ਕਿ ਭਾਰਤ ਵਲੋਂ ਸਤੰਬਰ 2015 ਵਿੱਚ ਸੰਯੁਕਤ ਰਾਸ਼ਟਰ ਮਹਾਂਸਭਾ ਵਿੱਚ ਬਾਕੀ ਦੇਸ਼ਾਂ ਨਾਲ ਪ੍ਰਵਾਨ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ, ਦੇ ਨਾਲ ਮੇਲ ਕੇ ਚਲਿਆ ਜਾਵੇ। ਐੱਸ ਡੀ ਜੀ-3 ਨੂੰ 2030 ਤੱਕ ਹਾਸਲ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਸਿਹਤ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਦੇ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਹਿੱਸਿਆਂ ਲਈ ਸਮੁੱਚੇ ਉਦੇਸ਼ ਵਜੋਂ ਪ੍ਰਵਾਨ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇ। ਸਾਂਵੇਂਪਨ ਨੂੰ ਮੂਲ ਨੇਮ ਵਜੋਂ ਪ੍ਰਵਾਨ ਕਰਨ ਉਤੇ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਜ਼ੋਰ ਦਿੱਤਾ ਜਾਵੇ। 'ਕੋਈ ਵੀ ਪਿੱਛੇ ਨਾ ਰਹਿ ਜਾਵੇ' ਦੇ ਅੰਤਰਰਾਸ਼ਟਰੀ ਸਿਹਤ ਨੇਮ ਜੋ ਕਿ 2015 ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦੇ ਵਿਕਾਸ ਏਜੰਡੇ ਦਾ ਹਿੱਸਾ ਹੈ, ਦੇ ਮੂਲ ਤੱਤ ਨੂੰ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਨੀਤੀ ਢਾਂਚੇ ਵਿੱਚ ਨਜ਼ਰ ਆਉਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਸਿਹਤ ਨੀਤੀ 2002 ਵਿੱਚ ਪਹਿਲੀ ਵਾਰ ਕੁੱਲ ਘਰੇਲੂ ਉਤਪਾਦ ਦੇ ਅਨੁਪਾਤ ਵਿੱਚ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਆਦਰਸ਼ ਪੱਧਰ ਲਈ ਲੋੜੀਂਦੇ ਨਿਵੇਸ਼ ਦੀ ਗੱਲ ਕੀਤੀ ਗਈ। ਜੇ ਇਹ ਹਾਸਲ ਕਰ ਲਿਆ ਗਿਆ ਹੁੰਦਾ ਤਾਂ ਭਾਰਤ ਆਪਣੇ ਦੇਸ਼ ਦੀ ਜਨਤਾ ਦੀ ਸਿਹਤ ਪੱਧ ਵਿੱਚ ਬ੍ਰਾਜ਼ੀਲ ਅਤੇ ਸ੍ਰੀਲੰਕਾ ਜਿਹੇ ਦੇਸ਼ਾਂ ਤੋਂ ਅੱਗੇ ਹੁੰਦਾ, ਜੋ ਕਿ ਕੁੱਲ ਘਰੇਲੂ ਉਤਪਾਦ ਦਾ 2 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਸਿਹਤ ਖੇਤਰ ਉਪਰ ਖਰਚਦੇ ਹਨ। ਮੌਜੂਦਾ ਨੀਤੀ ਇਸ ਅਸਾਵੇਂਪਨ ਨੂੰ ਦੂਰ ਕਰਨ ਦਾ ਵੱਡਾ ਮੌਕਾ ਹੈ। ਭਾਵੇਂ ਇਹ ਨੀਤੀ ਸਿਹਤ ਉਪਰ ਨਿਵੇਸ਼ ਨੂੰ ਕੁੱਲ ਘਰੇਲੂ ਉਤਪਾਦ ਦਾ 2.5 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਤੱਕ ਵਧਾਉਣ ਦੀ ਵਚਨਬੱਧਤਾ ਦੁਹਰਾਉਂਦੀ ਹੈ। ਪਰ ਇਸ ਨੂੰ ਹਾਸਲ ਕਰਨ ਲਈ ਕੋਈ ਸਮਾਂ ਸੀਮਾ ਨਿਸ਼ਚਿਤ ਨਹੀਂ ਕਰਦੀ। ਰਾਜ ਸਰਕਾਰਾਂ ਲਈ ਵੀ ਕੁੱਲ ਸਰਕਾਰੀ ਖਰਚੇ ਦੇ ਅਨੁਪਾਤ ਵਿੱਚ ਸਿਹਤ ਖੇਤਰ ਉਪਰ ਖਰਚੇ ਦਾ ਟੀਚਾ ਤੈਅ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ। ਵਿਕਸਤ ਆਰਥਿਕਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਇਥੋਂ ਤੱਕ ਕਿ ਗੁਆਂਢੀ ਸ੍ਰੀਲੰਕਾ ਅਤੇ ਸਾਡੇ ਆਪਣੇ ਕੇਰਲ ਰਾਜ ਵਿੱਚ ਸਰਕਾਰੀ ਖਰਚੇ ਦੇ 11 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਹਿੱਸੇ ਨੂੰ ਆਦਰਸ਼ ਮੰਨਿਆ ਗਿਆ ਹੈ।

ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਬਣਾਉਣ ਵਾਸਤੇ ਉਸਾਰੂ ਮਾਹੌਲ ਤਿਆਰ ਕਰਨ ਲਈ ਇਕ ਬਿਹਤਰ ਪ੍ਰਸ਼ਾਸਨਿਕ ਸਿਲਸਿਲਾ ਅਤੇ ਕਾਨੂੰਨੀ ਢਾਂਚਾ ਲੋੜੀਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਇਕ ਅਸਰਦਾਇਕ ਸਿਹਤ ਨੀਤੀ ਦੇ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹਿੱਸੇ ਹੋਣੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ।

ਸੰਵਿਧਾਨ ਅਨੁਸਾਰ ਸਿਹਤ ਰਾਜ ਦਾ ਵਿਸ਼ਾ ਹੈ ਪਰ ਕੇਂਦਰ ਸਰਕਾਰ ਵੀ ਕਾਫ਼ੀ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਉਪਰ ਕਾਬੂ ਪਾਉਣ ਅਤੇ ਬਿਮਾਰੀ ਖਾਤਮਾ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਨੂੰ ਲਾਗੂ ਕਰਨ ਲਈ ਅਤੇ ਆਬਾਦੀ ਸਥਿਰਤਾ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਲਈ ਬਰਾਬਰ ਦੀ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਹੈ। ਕੇਂਦਰ ਅਤੇ ਰਾਜ ਸਰਕਾਰਾਂ ਦੀਆਂ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ ਨੂੰ ਵਧੇਰੇ ਸਪੱਸ਼ਟ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਉਲੀਕੇ ਜਾਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਅਤੇ ਕਾਰਗੁਜ਼ਾਰੀ ਨੂੰ ਲੈ ਕੇ ਜਵਾਬਦੇਹੀ ਵੀ ਸਪੱਸ਼ਟ ਕੀਤੀ ਜਾਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ। ਕੇਂਦਰ ਵਿੱਚ ਸਥਿਤ ਸਰਕਾਰ ਵਲੋਂ ਸਮਾਜਿਕ ਖੇਤਰ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਲਈ ਰਾਜਾਂ ਨੂੰ ਵਧੇਰੇ ਸਾਧਨ ਉਪਲਬਧ ਕਰਾਉਣ ਨਾਲ ਰਾਜ ਸਰਕਾਰਾਂ ਵਲੋਂ ਲੋਕਾਂ ਵੱਲ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪਹੁੰਚਾਉਣ ਦੀ ਜਵਾਬਦੇਹੀ ਵਧੇਰੇ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਪਰ ਇਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਲੈ ਕੇ ਸਥਿਤੀ ਹਾਲੇ ਵੀ ਧੁੰਦਲੀ ਅਤੇ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਮਝੀ ਨਹੀਂ ਗਈ ਹੈ। ਵੱਖ-ਵੱਖ ਰਾਜਾਂ ਵਿੱਚ ਰਹਿੰਦੇ ਲੋਕਾਂ ਦੀਆਂ ਸਿਹਤ ਸਬੰਧੀ ਸਥਿਤੀਆਂ ਵਿੱਚ ਵੱਡੇ ਫਰਕ, ਲੋਕਾਂ ਤੱਕ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ ਜ਼ਰੂਰੀ ਸਿਹਤ-ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਨਾ ਕਰਾ ਸਕਣ ਵਿੱਚ ਜਵਾਬਦੇਹੀ ਦੀ ਕਮੀ ਦਾ ਨਤੀਜਾ ਹੈ। ਮੌਜੂਦਾ ਨੀਤੀ ਇਸ ਪ੍ਰਸੰਗ ਵਿੱਚ ਬਹੁਤ ਅਸਰਦਾਇਕ ਰਹੇਗੀ ਬਸ਼ਰਤੇ ਕਿ ਕੇਂਦਰ ਅਤੇ ਰਾਜਾਂ ਵਲੋਂ ਠੋਸ ਅਤੇ ਆਰਥਿਕ ਟੀਚਿਆਂ ਦੀ ਪ੍ਰਾਪਤੀ ਲਈ ਜਵਾਬਦੇਹੀ ਬਾਰੇ ਇਨ੍ਹਾਂ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ ਜ਼ਰੂਰੀ ਮਾਨਕਾਂ ਨੂੰ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰੇ ਤਾਂ ਕਿ ਸਿਹਤ ਉਪਰ ਐੱਸ ਡੀ ਜੀ-3 ਵਿੱਚ ਤੈਅਸ਼ੁਦਾ ਨਤੀਜੇ ਹਾਸਲ ਕੀਤੇ ਜਾ ਸਕਣ।

ਅਸਰਦਾਇਕ ਸੇਵਾ ਪ੍ਰਦਾਨਗੀ ਲਈ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਲਾਗੂ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਦਾ ਸੱਭ ਤੋਂ ਹੇਠਲੇ ਪੱਧਰ ਤੱਕ ਵਿਕੇਂਦਰੀਕਰਨ ਨਵੀਂ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਸਿਹਤ ਨੀਤੀ ਦਾ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਤੱਤ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਸਿਹਤ ਮਿਸ਼ਨ (ਐੱਨ ਐੱਚ ਐੱਮ), ਜੋ ਕਿ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੱਲ ਸਰਬਵਿਆਪੀ ਪਹੁੰਚ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਕਰਨ ਲਈ ਵੱਡੀ ਪੁਲਾਂਘ ਹੈ, ਨੂੰ ਅਜਿਹੇ ਵਿਕੇਂਦਰੀਕਰਨ ਨਮੂਨੇ ਉਪਰ ਕੰਮ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਜੋ ਨਾ ਕੇਵਲ ਸਾਧਨਾਂ ਦੀ ਸਪੁਰਦਗੀ ਹੀ ਕਰੇ ਸਗੋਂ ਜ਼ਮੀਨੀ ਪੱਧਰ ਉਤੇ ਕੰਮ ਕਰ ਰਹੀਆਂ ਸੰਸਥਾਵਾਂ ਨੂੰ ਵਿਕੇਂਦਰੀਕ੍ਰਿਤ ਕਾਰਜ ਕਰਨ ਨਾਲ ਲੈਸ ਕਰ ਕੇ ਕਾਰਗੁਜ਼ਾਰੀ ਲਈ ਜਵਾਬਦੇਹ ਵੀ ਬਣਾਵੇ।

ਸਿਹਤ ਖੇਤਰ ਨੂੰ ਲੈ ਕੇ ਮੌਜੂਦਾ ਕਾਨੂੰਨੀ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਕਾਫ਼ੀ ਭਰਮਾਉਣ ਵਾਲੀ ਹੈ ਜਿੱਥੇ ਕਿ ਕੇਂਦਰ ਅਤੇ ਰਾਜਾਂ ਵੱਲੋਂ ਪ੍ਰਵਾਨਗੀ ਅਤੇ ਲਾਗੂ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਦੇ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਪੱਧਰਾਂ ਉਤੇ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਦੀ ਭੀੜ ਹੈ। ਇਹ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ ਕਿ ਇਨ੍ਹਾਂ ਕਾਨੂੰਨਾਂ ਨੂੰ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵੱਲ, ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਕਰਕੇ ਗਰੀਬ ਅਤੇ ਮੁਥਾਜ ਸਮਾਜਕ ਸ਼੍ਰੇਣੀ ਵੱਲ, ਸਾਂਵੀ ਪਹੁੰਚ ਉਪਲਬਧ ਕਰਾਉਣ ਦੇ ਸਮੁੱਚੇ ਉਦੇਸ਼ ਅਨੁਸਾਰ ਢਾਲਿਆ ਜਾਵੇ। ਆਰਥਿਕ ਪਹੁੰਚ ਅੰਦਰ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਦੇਸ਼ ਦੇ ਹਰ ਨਾਗਰਿਕ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਮੌਜੂਦਾ ਰੂਪਰੇਖਾ ਨੀਤੀ ਸਿਹਤ ਨੂੰ ਬੁਨਿਆਦੀ ਅਧਿਕਾਰ ਵਜੋਂ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰਨ ਅਤੇ ਰਾਜਾਂ ਨੂੰ ਇਸ ਨੂੰ ਪ੍ਰਵਾਨ ਕਰਨ ਦਾ ਵਿਕਲਪ ਦੇਣ ਦੇ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਉਦੇਸ਼ ਨੂੰ ਲੈ ਕੇ ਚਲਦੀ ਹੈ। ਨੀਤੀ ਦਾ ਇਹ ਪੱਖ ਨਾਂ ਕੇਵਲ ਰਾਜ ਸਰਕਾਰਾਂ ਸਗੋਂ ਸਮੁਦਾਇਕ ਆਗੂਆਂ ਅਤੇ ਕਾਨੂੰਨੀ ਮਾਹਰਾਂ ਨਾਲ ਵੀ ਵੱਡੇ ਪੱਧਰ ਉਤੇ ਬਹਿਸ ਅਤੇ ਵਿਚਾਰ-ਵਟਾਂਦਰਿਆਂ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਅਜਿਹੇ ਪ੍ਰਬੰਧ ਨੂੰ ਲਾਗੂ ਕਰਨ ਨਾਲ ਸਬੰਧਿਤ ਚੁਨੌਤੀਆਂ ਦਾ ਕੇਂਦਰੀ ਅਤੇ ਰਾਜ ਸਰਕਾਰਾਂ ਵਲੋਂ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਧਿਆਨ ਪੂਰਵਕ ਜਾਇਜ਼ਾ ਲੈਣਾ ਅਤੇ ਸਮਝ ਲੈਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

ਸਰਬ ਸਿਹਤ ਪ੍ਰਣਾਲੀ (ਯੂ ਐੱਚ ਸੀ) ਉਪਲਬਧ ਕਰਾਉਣ ਉਪਰ ਕੇਂਦਰਿਤ ਨੀਤੀ ਯੂ ਐੱਸ ਸੀ ਦੇ ਅੰਤਰਰਾਸ਼ਟਰੀ ਪੱਧਰ ਉਤੇ ਸਹਿਮਤੀ ਵਾਲੇ ਟੀਚਿਆਂ ਮੁਤਾਬਕ ਹੈ ਜੋ ਕਿ ਸਿਹਤ ਉਪਰ ਬਰਕਰਾਰ ਰਹਿਣਯੋਗ ਵਿਕਾਸ ਉਦੇਸ਼ (ਐੱਸ ਡੀ ਜੀ) ਦਾ ਹਿੱਸਾ ਹੈ। ਭਾਰਤ ਸਰਕਾਰ ਅਸੂਲਨ ਯੂ ਐੱਚ ਸੀ ਨੂੰ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਉਦੇਸ਼ ਵਜੋਂ ਪ੍ਰਵਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਸਹਿਮਤ ਹੋ ਗਈ ਹੈ ਪਰ ਅਜੇ ਜ਼ਮੀਨੀ ਪੱਧਰ ਉਤੇ ਇਸ ਨੂੰ ਅਮਲੀ ਜਾਮਾ ਪਹਿਨਾਉਣ ਲਈ ਲੋੜੀਂਦੇ ਵਸੀਲੇ ਉਪਲਬਧ ਕਰਾਏ ਜਾਣੇ ਬਾਕੀ ਹਨ। ਪੂਰੀ ਵਸੋਂ ਤੱਕ ਸਿਹਤ-ਸੇਵਾਵਾਂ ਪਹੁੰਚਾਉਣ ਲਈ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੋਵੇਗਾ ਕਿ ਗਰੀਬ ਅਤੇ ਮੁਥਾਜ ਵਸੋਂ ਤੱਕ ਦਵਾਈਆਂ ਅਤੇ ਡਾਕਟਰੀ ਜਾਂਚਾਂ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਹੋਵੇ, ਘੱਟ ਅਤੇ ਦਰਮਿਆਨੀਆਂ ਆਮਦਨ ਵਾਲੀਆਂ ਸ਼੍ਰੇਣੀਆਂ ਲਈ ਡਾਕਟਰੀ ਬੀਮੇ ਜਿਹੀਆਂ ਆਰਥਿਕ ਜੋਖਮ ਸੁਰੱਖਿਆ ਸਕੀਮਾਂ ਸਮੇਤ, ਪੂਰਨ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਆਰਥਿਕ ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਸਿਹਤ-ਸੰਭਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹੋਣ।

ਇਹ ਬੜੀ ਤਸੱਲੀਬਖ਼ਸ਼ ਗੱਲ ਹੈ ਕਿ ਸਿਹਤ ਨੀਤੀ ਬਾਰੇ ਮੌਜੂਦਾ ਖਰੜਾ ਨੀਤੀ ਢਾਂਚੇ ਵਿੱਚ ਅੰਤਰਰਾਸ਼ਟਰੀ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਕੂਟਨੀਤੀ ਨੂੰ ਸੰਗਠਿਤ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਦੀ ਗੱਲ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਭਾਰਤ ਨੂੰ ਦਵਾਈ ਨਿਰਮਾਣ ਉਤਪਾਦਨ ਦੇ ਆਗੂ ਦੇਸ਼ ਅਤੇ ਅਫਰੀਕਾ ਅਤੇ ਏਸ਼ੀਆ ਦੇ ਦੇਸ਼ਾਂ ਨੂੰ ਜੀਵਨ-ਰੱਖਿਅਕ ਦਵਾਈਆਂ ਦੇ ਵੱਡੇ ਪੂਰਤੀ-ਕਰਤਾ ਦੇ ਨਾਲ-ਨਾਲ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਆਰਥਿਕ ਵਿਕਾਸ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਅਤੇ ਬਿਹਤਰ ਸਿਹਤ ਮਿਆਰਾਂ ਲਈ ਮਦਦਗਾਰ ਕਾਰਕ ਵਜੋਂ ਵਪਾਰ ਅਤੇ ਬੌਧਿਕ ਸੰਪਦਾ ਨਿਜ਼ਾਮਾਂ ਨੂੰ ਵਿਕਸਤ ਕਰਨ ਦੇ ਅਹਿਮ ਆਗੂ ਵਜੋਂ ਅੰਤਰਰਾਸ਼ਟਰੀ ਮੰਚ ਉਤੇ ਨੇਤਾ ਵਜੋਂ ਆਪਣੀ ਭੂਮਿਕਾ ਦਾ ਮੁੜ ਜਾਇਜ਼ਾ ਲੈਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

ਭਾਰਤ ਦਾ ਬਾਹਰੀ ਮਦਦ ਲੈਣ ਵਾਲੇ ਇਕ ਦੇਸ਼ ਤੋਂ ਦੱਖਣ ਵਿੱਚ ਦੂਜੇ ਦੇਸ਼ ਨੂੰ ਆਰਥਿਕ ਅਤੇ ਤਕਨੀਕੀ ਮਦਦ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਦੇਸ਼ ਵਜੋਂ ਰੁਪਾਂਤਰਣ ਨਾਲ ਇਸ ਉਪਰ ਨਵੀਆਂ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ ਵੀ ਆ ਗਈਆਂ ਹਨ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਝਲਕ ਸਿਹਤ ਖੇਤਰ ਵਿੱਚ ਵੀ ਨਜ਼ਰ ਆਉਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਸਹੀ ਸਮਾਂ ਹੋਵੇਗਾ ਜੇ ਨਵੀਂ ਸਿਹਤ ਨੀਤੀ ਇਸ ਨਵੀਂ ਭੂਮਿਕਾ ਨੂੰ ਸਮਝਦਿਆਂ ਇਸ ਨੂੰ ਨੁਕਤੇ ਨੂੰ ਨੀਤੀ ਖਰੜੇ ਦਾ ਸੰਗਠਿਤ ਹਿੱਸਾ ਬਣਾ ਲਵੇ।

ਭਾਰਤ ਆਪਣੇ ਵਿਕਾਸ ਦੇ ਰਸਤੇ ਉਤੇ ਬਦਲਾਅ ਦੇ ਸਮੇਂ ਵਿਚੋਂ ਲੰਘ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਜੋ ਕਿ ਤਿੰਨ ਮੁੱਖ ਥੰਮਾਂ ਆਰਥਿਕ ਵਿਕਾਸ, ਸਮਾਜਕ ਸ਼ਮੂਲੀਅਤ (ਸਮਾਵੇਸ਼) ਅਤੇ ਜਲਵਾਯੂ ਨੂੰ ਬਚਾਈ ਰੱਖਣ ਦੀ ਯੋਗਤਾ ਉਤੇ ਉਸਰ ਰਿਹਾ ਹੈ। ਨਵੀਂ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਸਿਹਤ ਨੀਤੀ ਨੂੰ ਇਨ੍ਹਾਂ ਟੀਚਿਆਂ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦਗਾਰ ਹੋਣ ਦੇ ਨਾਲ-ਨਾਲ ਉਦੇਸ਼ ਨਿਰਧਾਰਿਤ ਕਰਨ ਅਤੇ ਇਨ੍ਹਾਂ ਟੀਚਿਆਂ ਦੀ ਪ੍ਰਾਪਤੀ ਲਈ ਆਰਥਿਕ ਤਕਨੀਕੀ ਅਤੇ ਪ੍ਰਸ਼ਾਸਨਿਕ ਹਮਾਇਤ ਦੇਣ ਦੇ ਪ੍ਰਸੰਗ ਵਿੱਚ ਅਮਲੀ ਰੂਪ ਵਾਲਾ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

(ਲੇਖਕ ਸਾਬਕਾ ਸਿਹਤ ਸਕੱਤਰ, ਭਾਰਤ ਸਰਕਾਰ ਅਤੇ ਇਸ ਸਮੇਂ ਏਸ਼ੀਆ ਪ੍ਰਸ਼ਾਂਤ ਖੇਤਰ ਵਿਖੇ ਸੰਯੁਕਤ ਰਾਸ਼ਟਰ ਸਕੱਤਰ ਜਨਰਲ ਦੇ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਦੂਤ ਹਨ।)

e-mail :raojvrp@unaids.org

ਸਫ਼ਾ 10 ਦੀ ਬਾਕੀ

ਢਾਂਚੇ ਨੂੰ ਲਾਗੂ ਕਰਨ ਲਈ ਨਿੱਜੀ ਸੇਵਾ ਦੇਣ ਵਾਲਿਆਂ ਅਤੇ ਸਰਕਾਰ ਵਿਚਾਲੇ ਜ਼ਿਆਦਾ ਭਰੋਸੇ ਅਤੇ ਸਹਿਯੋਗ ਦੀ ਲੋੜ ਪਵੇਗੀ ਜੋ ਇਹ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਢੁੱਕਵਾਂ ਹੋਵੇਗਾ ਕਿ ਜਨਤਕ ਵਿੱਤੀਕਰਨ ਵਾਲਾ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਵਿੱਤੀ ਸੁਰੱਖਿਆ ਅਤੇ ਦੇਖਭਾਲ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਲਈ ਅਰਥ ਭਰਪੂਰ ਪੱਧਰ ਵਿੱਚ ਤਬਦੀਲ ਹੋ ਜਾਵੇ। ਬੀਮਾ ਅਤੇ ਨਿਯਮ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ ਨਿੱਜੀ ਖੇਤਰ ਦੀ ਤਰੱਕੀ ਦੇ ਮਾਰਗ ਦਰਸ਼ਨ ਦੇ ਹੋਰ ਵੀ ਤਰੀਕੇ ਹਨ। ਨਿੱਜੀ ਖੇਤਰ ਲਈ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਨਿਵਾਰਨ ਤੰਤਰ ਮਦਦਗਾਰ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਸੇ ਪ੍ਰਕਾਰ ਛੋਟੇ ਸੇਵਾ ਦਾਤਿਆਂ ਅਤੇ ਨਰਸਿੰਗ ਹੋਮ ਵਾਸਤੇ ਸਿਖਲਾਈ ਅਤੇ ਹੁਨਰ ਵਿੱਚ ਤਰੱਕੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨਾ ਸਹਾਈ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਮੁਨਾਫ਼ੇ ਲਈ ਨਾ ਕੰਮ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਵਰਗਾਂ ਨਾਲ ਭਾਈਵਾਲੀ ਪਾਉਣਾ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਲਈ ਘੱਟ ਸਖਤ ਨਿਯਮਾਂ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਪੈਂਦੀ ਹੈ, ਵੀ ਕਾਫ਼ੀ ਫ਼ਾਇਦੇਮੰਦ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਸਹਾਇਕ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈ ਭਾਈਵਾਲੀ, ਜੋ ਜਨਤਕ ਦੇਖਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਦਾ ਬਦਲ ਬਣਨ ਦੀ ਬਜਾਇ ਇਸ ਦਾ ਪੂਰਕ ਬਣਦੀ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਡਾਇਲ 108 ਸੇਵਾ - ਇਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਕਾਰਗੁਜ਼ਾਰੀ ਵੀ ਵਧੀਆ ਰਹੀ ਹੈ।

ਸਾਰ

ਜੇ ਅਸੀਂ ਮਿਸ਼ਨ ਵਲੋਂ ਹਾਸਲ ਕੀਤੀ ਤਰੱਕੀ ਨੂੰ ਬਣਾਈ ਰੱਖਣਾ ਹੈ ਤਾਂ ਇਸ ਮਿਸ਼ਨ ਹੇਠ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ਾਂ ਨੂੰ ਜਾਰੀ ਰੱਖਣ, ਤੇਜ਼ ਕਰਨ ਅਤੇ ਇਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਪਸਾਰ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ। ਸਾਨੂੰ ਸ਼ਹਿਰੀ ਮੁਢਲੀ ਦੇਖਭਾਲ ਅਤੇ ਚਾਰ ਹਿੰਦੀ ਭਾਸ਼ੀ ਰਾਜਾਂ, ਵਿੱਚ ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਇਸ ਪਸਾਰ ਉਤੇ ਧਿਆਨ ਕੇਂਦਰਿਤ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ।

ਭਾਵੇਂ ਕਿ ਸਿਹਤ ਖੇਤਰ ਵਿੱਚ ਨਿੱਜੀ ਖੇਤਰ ਨੂੰ ਨਾਲ ਰਲਾਉਣ ਦੇ ਵੱਡੇ ਯਤਨ ਹੋਏ ਹਨ, ਇਹ ਮੁਖਤਿਆਰੀ ਅਤੇ ਸਹੂਲੀਅਤ ਵਾਲੀਆਂ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ਾਂ ਉਤੇ ਅਧਾਰਤ ਹੋਣੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ ਜੋ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਪ੍ਰਕਾਰ ਦੀਆਂ ਜਾਣਕਾਰੀ ਔਖਿਆਈਆਂ ਅਤੇ ਹਿੱਤਾ ਦੇ ਟਕਰਾਅ ਦਾ ਹੱਲ ਕਰਦੇ ਹਨ - ਅਤੇ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਸਹੀ ਚੋਣ ਕਰਨ ਦੀ ਤਾਕਤ ਦਿੰਦੇ ਹਨ। ਨਿਯਮ ਤੰਤਰ ਨੂੰ ਲਾਗੂ ਕੀਤੇ ਬਿਨਾਂ ਅਤੇ ਜਨਤਕ ਨਿਵੇਸ਼ ਦੇ ਉੱਚੇ ਪੱਧਰ ਲਈ ਰਾਜਨੀਤਕ ਤਿਆਰੀ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ, ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਅਤੇ ਬਿਨਾਂ ਤਿਆਰੀ ਤੋਂ ਸਿਹਤ ਦੇ ਖਭਾਲ ਦੀ ਖਰੀਦ ਵੱਲ ਤਬਦੀਲੀ ਖ਼ਤਰਿਆਂ ਨਾਲ ਭਰਪੂਰ ਹੋਵੇਗੀ।

ਜਨਤਕ ਸਿਹਤ ਪ੍ਰਣਾਲੀਆਂ ਨੂੰ ਮਜਬੂਤ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਕਾਮਾ ਸ਼ਕਤੀ ਦਾ ਪਸਾਰ, ਨਿਵੇਸ਼ ਵਿੱਚ ਵਾਧੇ ਅਤੇ ਸ਼ਾਸਨ ਦੀ ਗੁਣਵੱਤਾ ਦੀ ਚੁਨੌਤੀ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਗ਼ੈਰ-ਛੂਤ ਵਾਲੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਦੀਆਂ ਚੁਨੌਤੀਆਂ ਨਾਲ ਨਾਜ਼ਕ ਤਰੱਕੀਆਂ ਨਾਲ ਸਮਝੌਤਾ ਕੀਤੇ ਬਿਨਾਂ, ਨਜਿੱਠਿਆ ਜਾ ਸਕੇ ਜੋ ਅਸੀਂ ਆਰ ਸੀ ਐੱਚ ਅਤੇ ਛੂਤ ਵਾਲੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਉਤੇ ਕਾਬੂ ਪਾਉਣ ਵਿੱਚ ਕੀਤੀਆਂ ਹਨ।

(ਲੇਖਕ ਮੁੰਬਈ ਵਿਖੇ, ਸਕੂਲ ਆਫ ਹੈਲਥ ਸਿਸਟਮ ਸਟਡੀਜ਼ ਐਟ ਟਾਟਾ ਇੰਸਟੀਚਿਊਟ ਆਫ ਸੋਸ਼ਨ ਸਾਇੰਸ ਦੇ ਪ੍ਰੋਫੈਸਰ ਅਤੇ ਡੀਨ ਹਨ।)

e-mail :sundararaman.t@gmail.com

ਭਾਰਤ ਵਿੱਚ ਸਿਹਤ ਉਪਰ ਖਰਚਾ - ਨਿਪੁੰਨਤਾ ਵਧਾਉਣਾ

✍ ਅਲੋਕ ਕੁਮਾਰ

ਭਾਰਤ ਵਿੱਚ ਸਿਹਤ ਖੇਤਰ ਉਪਰ ਕੋਈ ਵੀ ਚਰਚਾ ਉਦੋਂ ਤੱਕ ਅਧੂਰੀ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਇਸ ਖੇਤਰ ਲਈ ਪੈਸੇ ਦੀ ਗੱਲ ਨਾ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇ। ਪਿਛਲੇ ਕੁੱਝ ਸਾਲਾਂ ਵਿੱਚ ਸਰਕਾਰਾਂ ਵਲੋਂ ਸਿਹਤ ਉਪਰ ਘੱਟ ਖਰਚਾ ਕਰਨ ਲਈ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਬਾਰ-ਬਾਰ ਨੁਕਤਾਚੀਨੀ ਹੋਈ ਹੈ। ਇਸ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਸੂਝਵਾਨ ਪੜਚੋਲਕਾਂ ਨੇ ਵੀ ਸ਼ਾਇਦ ਬੇਵਜ੍ਹਾ ਹੀ, ਭਾਰਤ ਸਰਕਾਰ ਦੀ ਸਮਾਜਕ ਖੇਤਰ ਲਈ ਆਮ ਕਰਕੇ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਲਈ ਖ਼ਾਸ ਤੌਰ ਤੇ ਘੱਟ ਪੂੰਜੀ ਨਿਰਧਾਰਨ ਕਰਨ ਲਈ ਅਲੋਚਨਾ ਕੀਤੀ ਹੈ। ਇਹ ਵੀ ਡਰ ਪ੍ਰਗਟਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ ਕਿ ਸਿਹਤ ਦੇ ਬਜਟ ਵਿੱਚ ਇਨ੍ਹਾਂ ਕਮੀਆਂ ਨਾਲ ਦੇਸ਼ ਦੀ ਅਬਾਦੀ ਦੇ ਸਿਹਤ ਮਿਆਰਾਂ ਉਪਰ ਮਾੜਾ ਅਸਰ ਪੈ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਲੇਖ ਵਿੱਚ ਇਹ ਦਰਸਾਉਣ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ ਕਿ ਅਜਿਹੀ ਧਾਰਨਾ ਤੱਥਾਂ ਉਪਰ ਅਧਾਰਿਤ ਨਹੀਂ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਰਾਜ ਸਰਕਾਰਾਂ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਸੰਵਿਧਾਨ ਅਨੁਸਾਰ ਸਿਹਤ, ਪੌਸ਼ਟਿਕਤਾ, ਪੀਣ ਦਾ ਪਾਣੀ, ਸਾਫ਼-ਸਫ਼ਾਈ ਆਦਿ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਨ ਦੀ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਹੈ, ਨੂੰ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਵਧੇਰੇ ਸੰਯੁਕਤ ਸ੍ਰੋਤਾਂ ਦੀ ਗਲਤ ਬਿਆਨੀ ਹੈ।

ਅੱਗੇ ਦਿੱਤੀ ਸੂਚੀ-1 ਵਿੱਚ, ਬਜਟ ਦੀਆਂ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਮਦਾਂ ਹੇਠ ਨਿਰਧਾਰਤ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਲਈ ਅੰਕੜੇ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਹਨ ।

ਸੂਚੀ-1 ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੇ ਕੁੱਲ ਜੋੜ ਤੋਂ (ਸਾਲ ਦੇ ਪੂਰਕ ਨਿਰਧਾਰਕਾਂ ਅਤੇ ਸਵੱਛ ਭਾਰਤ ਅਭਿਆਨ ਸਮੇਤ) ਪਤਾ ਲਗਦਾ ਹੈ ਕਿ 2015-16 ਵਿੱਚ 2014-15 ਦੇ ਮੁੜ ਤੋਂ ਸੋਧੇ ਅਨੁਮਾਨਾਂ ਦੇ ਪੱਧਰ ਉਤੇ ਹੀ ਰਕਮ ਨਿਰਧਾਰਨ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ। ਪਰ ਕੁੱਲ ਬਜਟ ਨਿਰਧਾਰਨ ਨੂੰ, ਕੇਂਦਰ ਅਤੇ ਰਾਜਾਂ ਵਿਚਕਾਰ ਫੰਡਾਂ ਦੀ ਵੰਡ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਵਿੱਚ ਆਏ ਬਦਲਾਅ 70:30/75:25 ਤੋਂ 60:40 ਹੋ ਜਾਣ ਦੇ ਸੰਦਰਭ ਵਿੱਚ ਦੇਖਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਜਿਸ ਅਨੁਸਾਰ ਰਾਜ ਸਰਕਾਰਾਂ ਨੇ ਵਧੇਰੇ ਹਿੱਸਾ ਦੇਣਾ ਹੈ ਜੋ ਇਨ੍ਹਾਂ ਅੰਕੜਿਆਂ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਇਸ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ, ਚੌਧਵੇਂ ਵਿੱਤ ਆਯੋਗ ਦੀਆਂ ਸਿਫ਼ਾਰਸ਼ਾਂ ਮੰਨ ਕੇ, ਰਾਜਾਂ ਨੂੰ ਸਮੁੱਚੇ ਤੌਰ ਤੇ 1.78 ਲੱਖ ਕਰੋੜ ਰੁਪਏ ਦੀ ਵਾਧੂ ਰਕਮ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਹੈ। ਇਸ ਵਾਧੂ ਨਿਰਧਾਰਨ ਦਾ ਕੁੱਝ ਹਿੱਸਾ ਰਾਜਾਂ ਵਲੋਂ ਵੀ ਇਸ ਖੇਤਰ ਦੀਆਂ ਕੇਂਦਰੀ ਪ੍ਰਾਯੋਜਿਤ ਸਕੀਮਾਂ ਲਈ ਦਿੱਤਾ ਜਾਵੇਗਾ। ਬਾਕੀ ਬਚਿਆ ਹਿੱਸਾ, ਇਸ ਖੇਤਰ ਲਈ, ਰਾਜਾਂ ਵਲੋਂ ਆਪਣੇ ਬੰਧਨ ਮੁਕਤ ਸ੍ਰੋਤਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਆਪਣੀਆਂ-ਆਪਣੀਆਂ ਪਹਿਲਾਂ ਅਨੁਸਾਰ ਅਤੇ ਨਾਕਿ ਕੇਂਦਰ ਸਰਕਾਰ ਦੇ ਕਹੇ ਅਨੁਸਾਰ, ਦਿੱਤਾ ਜਾਵੇਗਾ। ਜੇਕਰ ਇਨ੍ਹਾਂ ਬੰਧਨ ਮੁਕਤ ਸ੍ਰੋਤਾਂ ਦਾ 10 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਹਿੱਸਾ ਵੀ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਉਸ ਦੇ ਨਿਰਧਾਰਨਾਂ ਲਈ ਰਾਖਵਾਂ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਕਿ ਇਕ ਅਢੁਕਵੀਂ ਸੋਚ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਪੂਰੇ ਅੰਕੜਿਆਂ ਤੋਂ ਪਤਾ ਲੱਗੇਗਾ ਕਿ ਇਸ ਖੇਤਰ ਲਈ ਕੋਈ ਕਮੀ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ ਜਿਸ ਨਾਲ ਸਿਹਤ ਨਤੀਜਿਆਂ ਉਪਰ ਅਸਰ ਪਵੇ।

ਇਸ ਲਈ ਇਹ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ ਕਿ ਰਾਜ ਸਰਕਾਰਾਂ ਨੂੰ ਸਥਾਨਕ ਪਹਿਲਾਂ ਅਨੁਸਾਰ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਸਮਾਜਕ ਵਿਕਾਸ ਦੇ ਕਾਰਜਾਂ ਲਈ ਬੰਧਨ ਮੁਕਤ ਫੰਡਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਵਧੇਰੇ ਖਰਚਾ ਪਹਿਲ ਦੇ ਅਧਾਰ ਉਤੇ ਕਰਨ ਲਈ ਉਤਸ਼ਾਹਤ ਕੀਤਾ

ਸੂਚੀ-1: ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਉਸ ਦੇ ਕੁੱਝ ਨਿਰਧਾਰਨਾਂ ਲਈ ਬਜਟ ਵੰਡ

	ਮਦ	ਮੁੜ ਵਿਚਾਰੇ ਅੰਦਾਜ਼ੇ 2014-15	ਬਜਟ ਅੰਦਾਜ਼ੇ 2015-16
1.	ਸਮੁੱਚੀ ਸਿਹਤ (ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਪਰਿਵਾਰ ਕਲਿਆਣ ਵਿਭਾਗ, ਸਿਹਤ ਸ਼ੋਧ ਵਿਭਾਗ, ਏਡਜ਼ ਨਿਯੰਤ੍ਰਣ ਵਿਭਾਗ)	31274.00	32068.17
	ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਸਿਹਤ ਮਿਸ਼ਨ	17627.82	18295.00
2.	ਅਯੂਸ਼	691.00	1214.00
3.	ਪੌਸ਼ਟਿਕਤਾ	17529.74	8883.56*
4.	ਸਵੱਛ ਭਾਰਤ ਅਭਿਆਨ (ਸਾਫ਼-ਸਫ਼ਾਈ ਅਤੇ ਪੀਣ ਦਾ ਪਾਣੀ)	12107.31	6243.87#
	ਕੁੱਲ ਜੋੜ (ਸਿਹਤ/ਪੌਸ਼ਟਿਕਤਾ/ਪਾਣੀ/ਸਾਫ਼-ਸਫ਼ਾਈ)	**61602.05**	**48409.6**

ਸ੍ਰੋਤ : ਖਰਚਾ ਬਜਟ, ਭਾਰਤ ਸਰਕਾਰ 2015-16

* ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਈ ਹੈ ਕਿ ਸਾਲ ਦੇ ਪੂਰਕ ਬਜਟ ਵਿੱਚ 1000 ਕਰੋੜ ਰੁਪਏ ਦੀ ਵਧੇਰੇ ਰਕਮ ਮਨਜ਼ੂਰ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ ਜੋ ਮੁੜ ਤੋਂ ਢਾਂਚਾਗਤ ਕੀਤੀ ਸਮੁਚਿਤ ਸਮਾਜਕ ਵਿਕਾਸ ਸਕੀਮ (ਆਈ ਸੀ ਡੀ ਐੱਸ) ਲਈ ਵਿਸ਼ਵ ਬੈਂਕ ਦੀ ਸਾਂਝੇਦਾਰੀ ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੀ 5 ਸਾਲ ਲਈ 9000 ਕਰੋੜ ਰੁਪਏ ਦੀ ਵਧੇਰੇ ਰਕਮ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਸੀ।

ਸਵੱਛ ਭਾਰਤ ਲਈ ਲਗਾਏ ਗਏ ਟੈਕਸ ਉਤੇ ਟੈਕਸ ਤੋਂ 2015-16 ਦੇ ਵਿੱਤੀ ਸਾਲ ਵਿੱਚ 3700 ਕਰੋੜ ਰੁਪਏ ਦੀ ਵਧੇਰੇ ਰਕਮ ਮਿਲਣ ਦੀ ਆਸ ਹੈ।

ਜਾਵੇ। ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਇਸ ਖੇਤਰ ਲਈ ਫੰਡਾਂ ਵਿੱਚ ਕਮੀ ਨਹੀਂ ਆਈ ਹੈ ਪਰ ਵਧੇਰੇ ਖੁਦਮੁਖ਼ਤਿਆਰੀ ਅਤੇ ਵਧੇਰੇ ਕੁਸ਼ਲਤਾ ਲਈ ਫੰਡ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰਨ ਦਾ ਤਰੀਕਾ ਬਦਲ ਗਿਆ ਹੈ।

ਅੱਜ ਦੇ ਪੱਧਰ ਉਤੇ ਸਿਹਤ ਉਪਰ ਖਰਚੇ ਦੀਆਂ ਪ੍ਰਾਪਤੀਆਂ ਉਪਰ ਵਿਚਾਰ ਕਰਨਾ ਵੀ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹੈ। ਭਾਰਤ ਦਾ ਮੁਕਾਬਲਾ ਅਜੋਕੀ ਆਮਦਨ ਅਤੇ ਵਿਕਾਸ ਪੱਧਰ ਵਾਲੇ ਦੇਸ਼ਾਂ ਨਾਲ ਕਰਨ ਤੋਂ ਪਤਾ ਲਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇਸ਼ਾਂ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਨਤੀਜੇ ਘੱਟ ਹਨ। ਉਦਾਹਰਣ ਦੇ ਤੌਰ ਤੇ 1990 ਤੋਂ 2012 ਵਿਚਕਾਰ ਭਾਰਤ ਵਿੱਚ ਮੌਤ ਦਰ 50 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਘਟੀ ਜਦ ਕਿ ਹੋਰ ਦੇਸ਼ਾਂ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬੰਗਲਾਦੇਸ਼ (67 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ), ਨੇਪਾਲ (66 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ) ਅਤੇ ਕੰਬੋਡੀਆ ਵਿੱਚ ਇਸੇ ਸਮੇਂ ਵਿਚਕਾਰ (60 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ) ਘਟੀ ਸੀ। ਸਮੁੱਚੇ ਘਰੇਲੂ ਉਤਪਾਦ ਦੇ ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਦੇ ਤੌਰ ਤੇ ਸਿਹਤ ਉਪਰ ਜਨਤਕ ਖਰਚਾ, ਬੰਗਲਾਦੇਸ਼ ਅਤੇ ਭਾਰਤ ਲਗਭਗ ਸਮੁੱਚੇ ਘਰੇਲੂ ਉਤਪਾਦ ਦਾ 1.3 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਕਰਦੇ ਹਨ ਪਰ ਬੰਗਲਾਦੇਸ਼ ਵਿੱਚ ਇਸ ਦੇ ਸਿੱਟੇ ਵਧੇਰੇ ਚੰਗੇ ਸਨ। ਬੰਗਲਾਦੇਸ਼ ਵਿਚ ਪੰਜ ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਬੱਚਿਆਂ ਦੀ ਸਾਲਾਨਾ ਮੌਤ ਦਰ ਵਿੱਚ ਕਮੀ 1990 ਵਿਚ 5.4 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਸੀ (144) ਜੋ ਘਟ ਕੇ 2013 ਵਿਚ (41) ਰਹਿ ਗਈ ਜਦ ਕਿ ਭਾਰਤ ਵਿਚ ਇਸ ਦਰ ਵਿੱਚ ਕਮੀ 3.8 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਸੀ (1990 ਵਿਚ 126 ਤੋਂ 2013 ਵਿਚ 53)। ਇਸ ਲਈ, ਖਰਚੇ ਦੀ ਮੁਕਾਬਲਤਨ ਪੱਧਰ ਉਤੇ, ਭਾਰਤ ਵਿੱਚ ਨਤੀਜਿਆਂ ਦੀਆਂ ਪ੍ਰਾਪਤੀਆਂ ਘੱਟ ਸਨ ਜਿਸ ਤੋਂ ਇਹ ਪਤਾ ਲਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਮਨਚਾਹੇ ਸਿਹਤ ਨਤੀਜਿਆਂ ਦੀ ਪ੍ਰਾਪਤੀ ਲਈ ਵਧੇਰੇ ਵਿੱਤ ਉਪਲਬਧ ਕਰਾਉਣਾ ਇਸ ਦੀ ਗਰੰਟੀ ਨਹੀਂ ਦਿੰਦਾ। ਜਨਤਕ ਵਿੱਤ ਦੇ ਦਾਇਰੇ ਅੰਦਰ, ਨਿਰਧਾਰਤ ਰਕਮ ਦੀ ਕੁਸ਼ਲਤਾ, ਇਸ ਦੇ ਟੁਕੜਿਆਂ ਵਿੱਚ ਵੰਡੇ ਜਾਣ ਅਤੇ ਮੁੱਢਲੀ ਅਤੇ ਬਚਾਉਕਾਰੀ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਉਪਰ ਜੋਰ ਦੇ ਕੇ ਵਧਾਈ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ ਜੋ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਵਧਣ ਦੇ ਭਾਰ ਤੋਂ ਬਚਣ ਲਈ ਅਤੇ ਇਕ ਸਿਹਤਮੰਦ ਅਬਾਦੀ ਬਣਾ ਕੇ ਰੱਖਣ ਦੇ ਸੰਦਰਭ ਵਿੱਚ ਨਿਵੇਸ਼ ਤੋਂ ਵੱਧ ਤੋਂ ਵੱਧ ਲਾਭ ਦੇ ਸਕਦੀ ਹੈ। ਜਨਤਕ ਸਿਹਤ ਸਹੂਲਤਾਂ ਵਲੋਂ ਵਧੇਰੇ ਫੰਡ ਪੈਦਾ ਕਰਨ ਅਤੇ ਆਪਣੀਆਂ ਲੋੜਾਂ ਅਨੁਸਾਰ ਫੰਡਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਦੇ ਤਰੀਕੇ ਕਾਇਮ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਵਧੇਰੇ ਸਵੈ ਅਧਿਕਾਰ ਦੇ ਤਰੀਕੇ ਵਿਕਸਤ ਕਰਨੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ।

ਇਸ ਦੇ ਨਾਲ-ਨਾਲ, ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਕਿਰਤੀਆਂ ਦੀ ਉਜਰਤ ਦਾ ਤਾਲਮੇਲ ਉਨ੍ਹਾਂ ਵਲੋਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਨਤੀਜਿਆਂ ਨਾਲ ਕਰਕੇ ਵਿੱਤ ਦੇਣ ਦੇ ਤਰੀਕਿਆਂ ਉਪਰ ਵੀ ਵਿਚਾਰ ਕੀਤਾ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਸਹੂਲਤਾਂ, ਵੱਧ ਤੋਂ ਵੱਧ ਉਤਸ਼ਾਹਤ ਕਿਰਤੀਆਂ ਵਲੋਂ ਚਲਾਈਆਂ ਜਾ ਰਹੀਆਂ ਹਨ। ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਸੈਂਪਲ ਸਰਵੇ ਸੰਸਥਾਨ ਦੇ ਹਾਲ ਦੇ ਅੰਕੜਿਆਂ ਤੋਂ ਪਤਾ ਲਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਜਨਤਕ ਖੇਤਰ ਵਿੱਚ ਸਹੂਲਤਾਂ ਦੀ ਉਪਲਬਧਤਾ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ, ਨਿੱਜੀ ਖੇਤਰ ਨੂੰ ਸਿਹਤ ਸਹੂਲਤਾਂ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਨ ਲਈ ਵਧੇਰੇ ਤਰਜੀਹ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਜੋ ਹੋਰ ਕਾਰਨਾਂ ਦੇ ਨਾਲ-ਨਾਲ ਗ਼ੈਰ ਤਸੱਲੀਬਖ਼ਸ਼ ਉੱਤਮਤਾ ਕਾਰਨ (45 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ), ਲੰਬੀ ਉਡੀਕ (27 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ) ਅਤੇ ਸਹੂਲਤਾਂ ਦੀ ਦੂਰੀ (9 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ) ਹੋਣ ਕਾਰਨ ਸੀ। ਜਨਤਕ ਸਿਹਤ ਸਹੂਲਤਾਂ ਲਈ ਬਜਟ ਅਦਾਇਗੀ ਦੇ ਤਰੀਕਿਆਂ ਨੂੰ ਮਦਾਂ ਨਾਲ ਜੋੜਨ ਨਾਲ ਵੀ ਇਸ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਦੀ ਸੰਵੇਦਨਸ਼ੀਲਤਾ ਉਪਰ ਅਸਰ ਪੈਂਦਾ ਹੈ। ਜਨਤਕ ਖੇਤਰ ਦੇ ਮੈਨੇਜਰਾਂ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਅਮਲੇ ਲਈ ਉਨ੍ਹਾਂ ਵਲੋਂ ਪੂਰਤੀ ਸੰਕੇਤਕਾਂ/ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇਣ ਦੇ ਕੁਸ਼ਲ ਪ੍ਰਦਰਸ਼ਨ/ਨਾਪੇ ਜਾ ਸਕਣ ਵਾਲੇ ਸਿਹਤ ਸਿੱਟਿਆਂ ਦੀ ਪ੍ਰਾਪਤੀ ਦੇ ਆਧਾਰ ਉਤੇ ਵਧੇਰੇ ਜਵਾਬਦੇਹੀ ਲਿਆਉਣ ਦੀ ਸੰਵੇਦਨਸ਼ੀਲ ਅਦਾਇਗੀ ਮਸ਼ੀਨਰੀ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਪ੍ਰੇਰਕ ਅਦਾਇਗੀਆਂ/ਸਿੱਟੇ ਪ੍ਰਾਪਤੀ ਨਾਲ ਜੋੜ-ਮੇਲ ਵਾਲੇ ਪ੍ਰੇਰਕ ਪਾਇਲਟ ਪ੍ਰਾਜੈਕਟ ਦੇ ਤੌਰ ਤੇ ਚਲਾਏ ਜਾਣੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਮੁਲਾਂਕਣ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਨ ਵਾਲਿਆਂ ਲਈ ਨਿਯਤ ਫੀਸ ਦੇਣ ਦਾ ਤਰੀਕਾ ਉਨ੍ਹਾਂ ਲਈ ਪ੍ਰੇਰਕ ਅਤੇ ਚੰਗੀ ਸੇਵਾ ਦੇਣ ਨੂੰ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਂਦਾ ਹੈ। ਉਦਾਹਰਣ ਦੇ ਤੌਰ ਤੇ ਘਾਨਾ ਦੇਸ਼ ਨੇ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਯੋਜਨਾ ਤਹਿਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ 22 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਹਿੱਸੇ ਨੂੰ ਨਿਯਤ ਫੀਸ ਅਦਾਇਗੀ ਤਰੀਕੇ ਅਧੀਨ ਲਿਆਂਦਾ ਗਿਆ ਅਤੇ ਸਿਰਫ਼ ਗੰਭੀਰ ਕਿਸਮ ਦੇ ਸਿਹਤ ਸਬੰਧੀ ਮਾਮਲੇ ਦੀ ਹੀ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਅੱਗੇ ਭੇਜਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਦੀ ਡੀ ਆਰ ਜੀ ਤਰੀਕੇ ਤਹਿਤ ਮੁੜ ਅਦਾਇਗੀ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਉੱਤਮਤਾ ਨਿਯੰਤ੍ਰਣ ਅਤੇ ਮਜ਼ਬੂਤ ਨਿਯੰਤ੍ਰਣ ਢਾਂਚੇ ਅਤੇ ਆਡਿਟ ਰਾਹੀਂ ਇਕ ਵਿਸ਼ਵਾਸਯੋਗ ਸੂਚਨਾ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਸਮੇਤ, ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇਣ ਨੂੰ ਮਾਨੀਟਰ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਨਾਲ ਘਾਨਾ ਨਿਯਤ ਫੀਸ ਦੇਣ ਦੀ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਨੂੰ ਲੋੜੀਂਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਨੂੰ ਘੱਟ ਨਾ ਕਰਦੇ ਹੋਏ, ਲਾਗਤ ਘਟਾਉਣ ਵਿੱਚ ਕਾਮਯਾਬ ਹੋਇਆ।

ਤੀਸਰੇ, ਭਾਰਤ ਆਪਣੇ ਸਮੁੱਚੇ ਘਰੇਲੂ ਉਤਪਾਦਨ ਦਾ 4 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਸਿਹਤ ਉਪਰ ਖਰਚ ਕਰਦਾ ਹੈ ਜੋ ਆਪਣੇ ਆਪ ਵਿੱਚ ਕਾਫੀ ਵੱਡੀ ਰਕਮ ਹੈ। ਪਰ ਵਿੱਤ ਦੀ ਟੁਕੜਿਆਂ ਵਿਚ ਵੰਡ ਅਤੇ ਪਿਛਾਂਹ ਖਿੱਚੂ ਤਰੀਕਾ ਜੋ ਮੁੱਖ ਤੌਰ ਤੇ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਉਪਰ ਅਸਰ ਪਾਉਂਦਾ ਹੈ, ਇੱਕ ਵੱਡਾ ਚਿੰਤਾ ਦਾ ਵਿਸ਼ਾ ਹੈ। ਦੇਖਿਆ ਗਿਆ ਹੈ ਕਿ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਲਈ ਖਰਚੇ ਦਾ ਵੱਡਾ ਹਿੱਸਾ ਜੋ ਸਿਹਤ ਉਪਰ ਨਿੱਜੀ ਨਿਵੇਸ਼ ਦਾ 86 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਹਿੱਸਾ ਹੈ, ਲਗਭਗ 3 ਕਰੋੜ 70 ਲੱਖ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਹਰ ਸਾਲ ਗਰੀਬੀ ਵੱਲ ਧੱਕ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਪੂੰਜੀ ਨੂੰ ਮੁੜ ਤੋਂ ਪਹਿਲ ਅਦਾਇਗੀ ਅਤੇ ਫੰਡਾਂ ਦੇ ਸਮੂਹੀਕਰਨ ਲਈ ਢਾਂਚਾਗਤ ਕਰਨਾ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ ਤਾਂ ਕਿ ਪੂੰਜੀ ਦੀਆਂ ਇਨ੍ਹਾਂ ਵੱਡੀਆਂ ਰਕਮਾਂ ਨੂੰ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਲਈ ਵਧੇਰੇ ਅਗਾਂਹਵਧੂ ਅਤੇ ਕੁਸ਼ਲ ਫੰਡ ਨਿਵੇਸ਼ ਦੇ ਤਰੀਕੇ ਵਿੱਚ ਬਦਲਿਆ ਜਾ ਸਕੇ।

ਇਸ ਸਭ ਕੁੱਝ ਨਾਲ, ਸਿਹਤ ਲਈ ਕੁੱਲ ਫੰਡਾਂ ਦੇ ਹਿੱਸੇ ਵਜੋਂ ਜਨਤਕ ਫੰਡਾਂ ਦਾ ਹਿੱਸਾ ਵਧਾਉਣ ਦੀ ਲੋੜ ਨੂੰ ਪਿੱਛੇ ਨਹੀਂ ਪਾਇਆ ਜਾ ਸਕਦਾ। ਘਰ ਪਰਿਵਾਰਾਂ ਵਲੋਂ ਬਹੁਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਕੀਤਾ ਜਾ ਰਿਹਾ ਸਿਹਤ ਖਰਚਾ ਮੁੱਖ ਤੌਰ ਤੇ ਲਾਭ ਲਈ ਚਲਾਏ ਜਾ ਰਹੇ ਨਿੱਜੀ ਸਿਹਤ ਖੇਤਰ ਵਿੱਚ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਉਪਰ ਕੀਤਾ ਜਾ ਰਿਹਾ ਹੈ। ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਸੈਂਪਲ ਸਰਵੇ ਸੰਸਥਾਨ ਦੇ ਇਕ ਹਾਲ ਦੇ ਸਰਵੇ ਵਿੱਚ ਦਰਸਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਖੇਤਰ 72 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਤੋਂ 79 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਬਾਹਰੀ ਬਿਮਾਰਾਂ ਅਤੇ 58 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਤੋਂ 68 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਦਾਖਲ ਮੀਰਜ਼ਾਂ ਦੇ ਇਲਾਜ ਵਿੱਚ ਲਗਿਆ ਹੋਇਆ ਹੈ। ਪਰ ਇਸ ਨੂੰ ਸਿਹਤ ਖੇਤਰ ਵਿੱਚ ਇਕ ਵੱਡੇ ਭਾਈਵਾਲ ਦੇ ਤੌਰ ਤੇ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਨਤੀਜਿਆਂ ਲਈ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਠਹਿਰਾਉਣ ਲਈ ਸਰਕਾਰ ਵਲੋਂ ਵਾਂਝੇ ਕੀਤਾ ਜਾ ਰਿਹਾ ਹੈ। ਸਿੱਟੇ ਦੇ ਤੌਰ ਤੇ, ਮੁਖ਼ਤਾਰੀ ਕਾਰਜ ਦੀ ਘਾਟ ਕਾਰਨ ਮੁੱਖ ਤੌਰ ਤੇ ਇਕ ਰੋਗਨਾਸ਼ਕ ਸਿਹਤ

ਬਾਕੀ ਸਫ਼ਾ 39 ਉੱਤੇ

ਕਬਾਇਲੀ ਇਲਾਕਿਆਂ ਵਿੱਚ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ : ਵਰਤਮਾਨ ਅਤੇ ਭਵਿੱਖ

ਅਭੇ ਬਾਂਗ

ਮੁੜ ਵਿਚਾਰ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ

ਅਨੁਸੂਚਿਤ ਜਨਜਾਤੀਆਂ ਸੰਨ 2011 ਵਿੱਚ ਭਾਰਤ ਦੀ ਕੁੱਲ ਜਨਸੰਖਿਆ ਦਾ 8.6 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਸਨ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਅਸਲ ਗਿਣਤੀ 10 ਕਰੋੜ ਬਣਦੀ ਹੈ। ਹਾਸ਼ੀਏ ਉਤੇ ਰਹਿ ਰਹੇ 10 ਕਰੋੜ ਕਮਜ਼ੋਰ ਲੋਕਾਂ ਦੀ ਸਿਹਤ ਇਕ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਚਿੰਤਾ ਹੋਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ। ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਮਾੜੀ ਸਮਾਜਿਕ-ਆਰਥਿਕ ਅਤੇ ਵਿੱਦਿਅਕ ਸਥਿਤੀ ਕਿਸੇ ਤੋਂ ਗੁੱਝੀ ਨਹੀਂ। ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਸਿਹਤ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਕੀ ਹੈ?

1. ਅਨੁਸੂਚਿਤ ਜਨਜਾਤੀ ਵਸੋਂ ਦੇ ਮੌਤ ਦਰ ਦੇ ਸੂਚਕ ਵਿੱਚ ਪਿਛਲੇ ਦਹਾਕਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਯਕੀਨੀ ਤੌਰ ਤੇ ਸੁਧਾਰ ਹੋਇਆ ਹੈ। ਪਰ, ਇਹ ਆਮ ਜਨਸੰਖਿਆ ਨਾਲੋਂ ਵੱਡੇ ਪੱਧਰ ਉਤੇ ਬਹੁਤ ਮਾੜੀ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਹੈ। ਬੱਚਿਆਂ ਦੀ ਮੌਤ ਦਰ ਦੇ ਕੁੱਝ ਸੂਚਕਾਂ ਦੀ ਤੁਲਨਾ ਹੇਠਾਂ ਕੀਤੀ ਜਾ ਰਹੀ ਹੈ।

ਨਵਜਨਮੇ ਅਤੇ ਬੱਚਿਆਂ ਦੀ ਮੌਤ ਦਰ (ਜੋ ਸੰਭਵਤਾ ਘਟਾ ਕੇ ਅੰਦਾਜ਼ੇ ਲਾਏ ਗਏ ਹੋਣਗੇ) ਜਨਜਾਤੀਆਂ ਵਿੱਚ ਦੂਜੀ ਵਸੋਂ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਲਗਭਗ ਇਕ ਤਿਹਾਈ ਵੱਧ ਹੈ। ਹੋਰ, ਅਲੱਗ-ਅਲੱਗ ਰਾਜਾਂ ਵਿੱਚ ਇਸ ਗਿਣਤੀ ਵਿੱਚ ਵੱਡਾ ਅੰਤਰ ਹੈ। ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ 7 ਰਾਜਾਂ ਵਿੱਚ ਇਹ ਬਹੁਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਹੈ।

2. ਅਨੁਸੂਚਿਤ ਜਾਤੀ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਬੱਚਿਆਂ ਅਤੇ ਬਾਲਗਾਂ ਦੀ ਪੋਸ਼ਣ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਵੀ ਬੇਹੱਦ ਨਿਰਾਸ਼ਾਜਨਕ ਹੈ।

- ਸਕੂਲ ਜਾਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਦੀ ਉਮਰ ਦੇ 53 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਲੜਕੇ ਅਤੇ 50 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਲੜਕੀਆਂ ਦਾ ਵਜ਼ਨ ਘੱਟ ਹੈ, ਅਤੇ 57 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਲੜਕੇ ਅਤੇ 52 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਲੜਕੀਆਂ ਦੇ ਕੱਦ ਦਾ ਵਿਕਾਸ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ।

- 49.0 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਅਨੁਸੂਚਿਤ ਜਨਜਾਤੀ ਦੀਆਂ ਔਰਤਾਂ ਦੇ ਸਰੀਰਕ ਵਜ਼ਨ ਅਤੇ ਕੱਦ ਦਾ ਸੂਚਕ 18.5 ਹੈ ਜੋ ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਚਲੀ ਆ ਰਹੀ ਸਰੀਰਕ ਸ਼ਕਤੀ ਦੀ ਘਾਟ ਵੱਲ ਇਸ਼ਾਰਾ ਕਰਦਾ ਹੈ।

- ਅਨੁਸੂਚਿਤ ਜਨਜਾਤੀ ਪਰਿਵਾਰਾਂ ਦੇ ਖਾਣੇ ਵਿਚ ਪ੍ਰੋਟੀਨ, ਊਰਜਾ, ਚਿਕਨਾਈ/ਚਰਬੀ, ਖ਼ੂਨ, ਵਿਟਾਮਿਨ ਏ ਅਤੇ ਰਾਈਬੋਫਲੈਵਿਨ ਦੀ ਵੱਡੀ ਘਾਟ ਵੇਖੀ ਗਈ ਹੈ।

ਸਮੇਂ ਦੇ ਬੀਤਣ ਨਾਲ ਅਨੁਸੂਚਿਤ ਜਨਜਾਤੀ ਬੱਚਿਆਂ ਅਤੇ ਬਾਲਗਾਂ ਦੀ ਜਨਸੰਖਿਆ ਵਿਚ ਕੁਪੋਸ਼ਣ ਯਕੀਨੀ ਤੌਰ ਤੇ ਘੱਟ ਹੋਇਆ ਹੈ (1985-87 ਤੋਂ 2007-08), ਤਾਂ ਵੀ ਨਾਕਾਫ਼ੀ ਖਾਣਾ ਖਾਣ ਅਤੇ ਕੁਪੋਸ਼ਣ ਦੇ ਮੌਜੂਦਾ ਪੱਧਰ ਵੀ ਪਰਵਾਨ ਨਹੀਂ ਕੀਤੇ ਜਾਣੇ ਚਾਹੀਦੇ।

3. ਕਬਾਇਲੀ ਖੇਤਰਾਂ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਚੱਲਤ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਨੂੰ ਮੋਟੇ ਤੌਰ ਤੇ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਵਰਗਾਂ ਵਿੱਚ ਵੰਡਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ :

- ਅਲਪ ਵਿਕਾਸ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਬਿਮਾਰੀਆਂ (ਕੁਪੋਸ਼ਣ, ਛੂਤ ਦੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ, ਮਾਂ ਅਤੇ ਬੱਚਿਆਂ ਦੀਆਂ ਸਿਹਤ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ)

- ਜਨਜਾਤੀ ਵਸੋਂ ਵਿਚ ਮਿਲਣ ਵਾਲੀਆਂ ਅਜੀਬ ਬਿਮਾਰੀਆਂ (ਲਾਲ ਖ਼ੂਨ ਕੋਸ਼ਿਕਾਵਾਂ ਦੀ ਬਿਮਾਰੀ, ਜਾਨਵਰਾਂ ਵਲੋਂ ਕੱਟ ਲੈਣਾ ਅਤੇ ਦੁਰਘਟਨਾਵਾਂ) ਅਤੇ

- ਆਧੁਨਿਕਤਾ ਦੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ (ਖ਼ੂਨ ਦਾ ਉੱਚ ਦਬਾਅ, ਨਸ਼ੇ, ਮਾਨਸਿਕ ਤਣਾਅ)।

ਜਨਜਾਤੀ ਵਸੋਂ ਲਈ ਜਨ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਸਭ ਤੋਂ ਕਮਜ਼ੋਰ ਕੜੀਆਂ ਵਿੱਚੋਂ ਇਕ ਹੈ। ਇਹ ਬਹੁਤ ਸਾਰੀਆਂ ਕਮੀਆਂ ਦਾ ਸ਼ਿਕਾਰ ਹੈ ਜਿਵੇਂ :

- ਜਨਜਾਤੀ ਖੇਤਰਾਂ ਵਿੱਚ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਮਾਡਲ ਨੂੰ ਹੂਬਹੂ ਲਾਗੂ ਕਰਨਾ ਬਹੁਤ ਅਨਿਆਂ ਵਾਲੀ ਗੱਲ ਹੋਵੇਗੀ ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਮਾਡਲ ਗ਼ੈਰ-ਕਬਾਇਲੀ ਖੇਤਰਾਂ ਲਈ ਬਣਾਏ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਇਸ ਮਾਡਲ ਵਿੱਚ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਆਸਥਾ ਪ੍ਰਣਾਲੀ, ਵੱਖ-ਵੱਖ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਦੇ ਬੋਝ, ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਦੀਆਂ ਲੋੜਾਂ ਅਤੇ ਭੂਗੋਲਿਕ ਪੱਖੋਂ ਖਿੰਡੇ ਹੋਏ, ਸੱਭਿਆਚਾਰਕ ਵਖਰੇਵੇਂ ਵਾਲੀ ਵਸੋਂ ਵਾਲੇ ਖੇਤਰਾਂ ਜੋ ਜੰਗਲਾਂ ਅਤੇ ਦੂਜੇ ਕੁਦਰਤੀ ਸੋਮਿਆਂ ਨਾਲ ਘਿਰੇ ਹੁੰਦੇ ਹਨ, ਵਿੱਚ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇਣ ਨੂੰ ਧਿਆਨ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ ਰੱਖਦਾ। ਬਹੁਤ ਹੈਰਾਨੀ ਵਾਲੀ ਗੱਲ ਹੈ ਕਿ ਅਨੁਸੂਚਿਤ ਖੇਤਰਾਂ ਲਈ ਇਕ ਵੱਖਰੀ ਜਨ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਬਣਾਉਣ ਵੱਲ ਪਹਿਲਾਂ ਗੰਭੀਰਤਾ ਨਾਲ ਨਹੀਂ ਸੋਚਿਆ ਗਿਆ।

- ਕਬਾਇਲੀ ਵਸੋਂ ਨੂੰ ਜਨ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਦੂਜੀ ਵੱਡੀ ਮੁਸ਼ਕਿਲ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਵਾਲੇ ਮਨੁੱਖੀ ਵਸੀਲਿਆਂ ਦੀ ਘਾਟ ਹੈ ਜੋ ਪਛੜੇ ਖੇਤਰਾਂ ਵਿਚ ਕੰਮ ਕਰਨ ਦੇ ਇੱਛਕ, ਸਿੱਖਿਅਤ ਅਤੇ ਸਾਜ਼-ਸਮਾਨ ਨਾਲ ਤਿਆਰ

		ਅਨੁਸੂਚਿਤ ਜਨਜਾਤੀ	ਦੂਸਰੇ	ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਅੰਤਰ
1.	ਬਾਲ ਮੌਤ ਦਰ	62	49	27 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ
2.	ਪੰਜ ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਦੇ ਬੱਚਿਆਂ ਦੀ ਮੌਤ ਦਰ	96	59	39 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ

ਹੋਣ। ਪਛੜੇ ਖੇਤਰਾਂ ਦੀ ਜਨ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਵਿੱਚ ਕੰਮ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਡਾਕਟਰਾਂ, ਨਰਸਾਂ, ਤਕਨੀਸ਼ੀਅਨਾਂ ਅਤੇ ਪ੍ਰਬੰਧਕਾਂ ਦੀਆਂ ਅਸਾਮੀਆਂ ਦੀ ਘਾਟ ਹੈ ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਅੰਦਰ ਗ਼ੈਰ-ਹਾਜ਼ਰ ਰਹਿਣਾ ਅਤੇ ਅੱਧੇ ਅਧੂਰੇ ਮਨ ਨਾਲ ਕੰਮ ਕਰਨ ਦੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਵੀ ਜੱਗ ਜ਼ਾਹਰ ਹਨ।

• ਭਾਵੇਂ ਕਿ ਇਮਾਰਤਾਂ ਉਸਾਰ ਦਿੱਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਹਨ ਅਤੇ ਉੱਪ-ਸਿਹਤ ਕੇਂਦਰਾਂ, ਜਨ ਸਿਹਤ ਕੇਂਦਰਾਂ ਅਤੇ ਭਾਈਚਾਰਾ ਸਿਹਤ ਕੇਂਦਰਾਂ ਦੇ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਸੰਸਥਾਨਾਂ ਦਾ ਨਿਰਮਾਣ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ - ਪਰ ਇਹ ਆਮ ਤੌਰ ਤੇ ਕਾਰਜਹੀਨ ਹੀ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ ਜਿਸ ਦਾ ਨਤੀਜਾ ਮਾੜੀ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਦੇ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਨਿੱਕਲਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਲੋੜੀਂਦੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਦੀ ਕਮੀ, ਸੂਚਨਾ ਦੇਣ ਦਾ ਮਾੜਾ ਪੱਧਰ ਅਤੇ ਜਵਾਬਦੇਹੀ ਦੀ ਘਾਟ ਕਾਰਨ ਹੋਰ ਵੀ ਗੰਭੀਰ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

• ਅਮਲੇ ਦਾ ਗ਼ੈਰ-ਮਿੱਤਰਤਾ ਵਾਲਾ ਵਿਹਾਰ, ਭਾਸ਼ਾ ਦਾ ਅੜਿੱਕਾ, ਵੱਡਾ ਫ਼ਾਸਲਾ, ਮਾੜੀ ਆਵਾਜਾਈ, ਸਾਖਰਤਾ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਦੀ ਘੱਟ ਮੰਗ ਕਰਨਾ - ਇਨ੍ਹਾਂ ਸਭ ਕਾਰਨਾਂ ਕਰਕੇ ਪਛੜੇ ਖੇਤਰਾਂ ਵਿਚ ਮੌਜੂਦਾ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਸੰਸਥਾਨਾਂ ਦੀ ਪੂਰੀ ਵਰਤੋਂ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ।

• ਕਬਾਇਲੀ ਖੇਤਰਾਂ ਅੰਦਰ ਗੰਭੀਰ ਮਾਮਲਿਆਂ ਲਈ ਹਸਪਤਾਲ ਤਕ ਪਹੁੰਚ ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਹੈ।

ਇਸ ਪ੍ਰਕਾਰ ਪਛੜੇ ਖੇਤਰਾਂ ਵਿੱਚ ਜਨ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਦੀ ਪਛਾਣ ਨਿਮਨ ਸੇਵਾ, ਨਿਮਨ ਗੁਣਵੱਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਘੱਟ ਨਤੀਜੇ ਦੇਣ ਵਾਲੀ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਦੇ ਰੂਪ ਵਿਚ ਬਣ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਜਿਸ ਦੀਆਂ ਤਰਜੀਹਾਂ ਅਕਸਰ ਗਲਤ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਰਾਜਾਂ ਅਤੇ ਕੇਂਦਰ ਵਿੱਚ ਇਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਪੁਨਰ-ਗਠਨ ਅਤੇ ਮਜਬੂਤੀ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਪਰਿਵਾਰ ਭਲਾਈ ਮੰਤਰਾਲਿਆਂ ਦੀਆਂ ਸਰਬਉੱਚ ਤਰਜੀਹਾਂ ਹੋਣੀਆਂ ਚਾਹੀਦੀਆਂ ਹਨ।

ਪਛੜੇ ਖੇਤਰਾਂ ਵਿਚ ਨੁਕਸਦਾਰ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਬਣਾਈ ਅਤੇ ਮਾੜੇ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਦਾ ਸ਼ਿਕਾਰ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਦਾ ਇਕ ਕਾਰਨ ਜਨਜਾਤੀ ਲੋਕਾਂ ਜਾਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਨੁਮਾਇੰਦਿਆਂ ਦੀ ਨੀਤੀਆਂ ਬਣਾਉਣ, ਯੋਜਨਾਵਾਂ ਤਿਆਰ ਕਰਨ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਖੇਤਰ ਵਿੱਚ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਾਗੂ ਕਰਨ ਦੇ ਅਮਲ ਵਿਚ ਮੁਕੰਮਲ ਗ਼ੈਰ-ਹਾਜ਼ਰੀ ਵੀ ਹੈ। ਇਹ ਪਿੰਡ ਪੱਧਰ ਤੋਂ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਪੱਧਰ ਤਕ ਇਕ ਸਚਾਈ ਹੈ।

ਉੱਪਰ ਵਰਨਣ ਕੀਤੀਆਂ ਘਾਟਾਂ ਦੇ ਨਾਲ ਹੀ ਇਕ ਆਮ ਧਾਰਨਾਂ ਅਤੇ ਸ਼ਿਕਾਇਤ ਇਹ ਵੀ ਹੈ ਕਿ ਕਬਾਇਲੀ ਖੇਤਰਾਂ ਵਿਚ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਲਈ ਫ਼ੰਡ ਦੀ ਜਾਂ ਤਾਂ ਪੂਰੀ ਵਰਤੋਂ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ, ਜਾਂ ਇਹ ਦੂਜੇ ਖੇਤਰਾਂ ਵਿੱਚ ਚਲਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਜਾਂ ਸਿਆਣਪ ਨਾਲ ਨਹੀਂ ਵਰਤਿਆ ਜਾਂਦਾ ਅਤੇ ਸਭ ਤੋਂ ਮਾੜੀ ਗੱਲ, ਭ੍ਰਿਸ਼ਟਾਚਾਰ ਕਰਕੇ ਇਸ ਨੂੰ ਹਜ਼ਮ ਕਰ ਲਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਇਸ ਨੂੰ ਨਵਾਂ ਰੂਪ ਕਿਵੇਂ ਦਿੱਤਾ ਜਾਵੇ?

ਕਬਾਇਲੀ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਕਿਸੇ ਵੀ ਨੀਤੀ ਜਾਂ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦਾ ਪਹਿਲਾ ਸਿਧਾਂਤ ਭਾਗੀਦਾਰੀ ਹੈ। ਜਨਸੰਖਿਆ ਦੇ ਇਕ ਖੰਡੇ ਦੇ ਤੌਰ ਤੇ ਕਬਾਇਲੀ ਲੋਕਾਂ ਦੀ ਰਾਜਨੀਤਕ ਤੌਰ ਤੇ ਕੋਈ ਆਵਾਜ਼ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਪਰ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਭੂਗੋਲਿਕ ਸਮਾਜਿਕ, ਆਰਥਿਕ ਅਤੇ ਸੱਭਿਆਚਾਰਕ ਵਾਤਾਵਰਨ ਹਨ, ਵੱਖ-ਵੱਖ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੇ ਸਿਹਤ ਸੱਭਿਆਚਾਰ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਦੀਆਂ ਲੋੜਾਂ ਹਨ। ਇਸ ਲਈ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਵਾਸਤੇ ਬਣਾਏ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਦੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਵਿੱਚ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਵਿਚਾਰਾਂ ਅਤੇ ਤਰਜੀਹਾਂ ਨੂੰ ਢੁੱਕਵਾਂ ਸਥਾਨ ਦਿੱਤਾ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

ਭਾਰਤ ਅੰਦਰ ਲਗਭਗ 700 ਕਬੀਲਿਆਂ ਦੀ ਵਿਸ਼ਾਲ ਭਿੰਨਤਾ ਨੂੰ ਵੇਖਦਿਆਂ ਹੋਇਆਂ ਦੂਜਾ ਸਿਧਾਂਤ ਖੇਤਰ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਅਤੇ ਕਬੀਲਾ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਸਥਾਨਕ ਯੋਜਨਾਬੰਦੀ ਉਤੇ ਅਮਲ ਕਰਨ ਦਾ ਹੈ। ਪੇਸਾ (ਪੀ ਈ ਐੱਸ ਏ) ਇਸ ਵਾਸਤੇ ਸੰਸਥਾਗਤ ਅਧਾਰ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਸਥਾਨਕ ਕਬਾਇਲੀ ਸਿਹਤ ਸਭਾਵਾਂ, ਜ਼ਿਲ੍ਹਾ ਪੱਧਰੀ ਕਬਾਇਲੀ ਸਿਹਤ ਪਰਿਸ਼ਦਾਂ ਅਤੇ ਰਾਜ ਪੱਧਰੀ ਕਬਾਇਲੀ ਸਲਾਹਕਾਰ ਪਰਿਸ਼ਦਾਂ ਸੰਸਥਾਗਤ ਤੰਤਰ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ ਜਿਸ ਦਾ ਨਿਰਮਾਣ ਕਰਕੇ ਅਤੇ ਕਾਰਜ ਅਰੰਭ ਕਰਕੇ, ਸਥਾਨਕ ਯੋਜਨਾਬੰਦੀ ਕਰਨ ਦੀ ਸਹੂਲਤ ਮਿਲੇਗੀ।

ਸਿਹਤ ਦੇ ਸਮਾਜਿਕ ਨਿਰਧਾਰਕ - ਸਾਖਰਤਾ, ਆਮਦਨ, ਪਾਣੀ, ਸਾਫ਼-ਸਫ਼ਾਈ, ਬਾਲਣ, ਅੰਨ ਸੁਰੱਖਿਆ ਅਤੇ ਭੋਜਨ ਭਿੰਨਤਾ, ਲਿੰਗਕ ਸੰਵੇਦਨਸ਼ੀਲਤਾ, ਆਵਾਜਾਈ ਅਤੇ ਸੰਪਰਕ - ਸਿਹਤ ਨਤੀਜੇ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਬਹੁਤ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਭੂਮਿਕਾ ਨਿਭਾਉਂਦੇ ਹਨ। ਇਸ ਕਰਕੇ, ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਦੇ ਖੇਤਰ ਵਿਚ ਅੰਤਰ-ਖੇਤਰੀ ਤਾਲਮੇਲ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਉਨਾ ਹੀ ਅਹਿਮ ਹੈ ਜਿੰਨਾ ਬਾਕੀ ਖੇਤਰਾਂ ਵਿੱਚ।

ਸਿਹਤ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਕਰਨ ਲਈ ਕੁੱਝ ਖ਼ਾਸ ਸੁਝਾਅ ਹੇਠ ਦਿੱਤੇ ਜਾ ਰਹੇ ਹਨ :

• ਨਿਕਾਸ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਦੀ ਉਸਾਰੀ, ਪਿੰਡ ਦੀ ਸਾਫ਼-ਸਫ਼ਾਈ ਦਾ ਬੁਨਿਆਦੀ ਢਾਂਚਾ, ਨਿੱਜੀ ਪਖ਼ਾਨੇ ਅਤੇ ਵਾਤਾਵਰਣਕ ਕਦਮ ਤਾਂ ਕਿ ਮੱਛਰ ਦੇ ਪੈਦਾ ਹੋਣ ਉਤੇ ਕਾਬੂ ਪਾਉਣ ਦੇ ਯਤਨਾਂ ਨੂੰ ਮਗਨਰੇਗਾ ਯੋਜਨਾ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਿਲ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕੇ ਅਤੇ ਪਛੜੇ ਖੇਤਰਾਂ ਵਿਚ ਇਨ੍ਹਾਂ ਯੋਜਨਾਵਾਂ ਨੂੰ ਤਰਜੀਹੀ ਅਧਾਰ ਉਤੇ ਮੁਕੰਮਲ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕੇ।

• ਘਰਾਂ ਵਿੱਚ ਅਸ਼ੁੱਧ ਬਾਲਣ ਅਤੇ ਜੈਵਿਕ ਬਾਲਣ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਘੱਟ ਕਰਨ ਲਈ ਸੂਰਜੀ ਊਰਜਾ, ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਸੂਰਜੀ ਕੁੱਕਰ, ਪਾਣੀ ਗਰਮ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਹੀਟਰ ਅਤੇ ਬੱਤੀਆਂ, ਪਛੜੇ ਖੇਤਰਾਂ ਵਿੱਚ ਲਾਉਣ ਨੂੰ ਉਤਸ਼ਾਹਿਤ ਕੀਤਾ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਨਾਲ ਦਰੱਖ਼ਤਾਂ ਨੂੰ ਬਚਾਉਣ ਵਿੱਚ ਵੀ ਮਦਦ ਮਿਲੇਗੀ।

• ਬੱਚਿਆਂ, ਨੌਜਵਾਨਾਂ, ਗਰਭਵਤੀ ਅਤੇ ਦੁੱਧ ਚੁੰਘਾਉਣ ਵਾਲੀਆਂ ਔਰਤਾਂ ਦੀ ਪੌਸ਼ਟਿਕਤਾ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਜਨਜਾਤੀ ਵਸੋਂ ਲਈ ਬੇਹੱਦ ਅਹਿਮ ਹੈ। ਪਛੜੇ ਖੇਤਰਾਂ ਵਿਚ ਪੌਸ਼ਟਿਕਤਾ ਜਾਗਰੂਕਤਾ ਅਤੇ ਦੁੱਧ ਪਿਲਾਉਣ ਦੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਨੂੰ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਦਿਹਾਤੀ ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਮਿਸ਼ਨ ਅਤੇ ਪਿੰਡਾਂ ਵਿਚਲੇ ਔਰਤਾਂ ਦੇ ਬਚਤ ਸਮੂਹਾਂ ਦੀ ਸਾਂਝ ਨਾਲ ਬੇਹਤਰ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਲਾਗੂ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।

• ਸ਼ਰਾਬ ਅਤੇ ਤੰਬਾਕੂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਉਤੇ ਕਾਬੂ ਪਾਉਣ ਨਾਲ ਪਰਿਵਾਰ ਦੀ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਆਮਦਨ ਵਿੱਚ ਯਕੀਨੀ ਤੌਰ ਤੇ ਸੁਧਾਰ ਨਜ਼ਰ ਆਵੇਗਾ।

ਜਨਜਾਤੀ ਲੋਕਾਂ ਦਾ ਸ਼ਕਤੀਕਰਨ ਇਕ ਹੋਰ ਬੁਨਿਆਦੀ ਸਿਧਾਂਤ ਹੈ। ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਵਾਸਤੇ ਸਮਰੱਥਾ ਦਾ ਵਿਕਾਸ ਕਰਨਾ, ਚਿਰਸਥਾਈ ਨਿਰਭਰਤਾ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਕਿਤੇ ਬੇਹਤਰ ਦੀਰਘਕਾਲੀ ਹੱਲ ਹੈ। ਪਰ ਇਸ ਦਾ ਮਤਲਬ ਇਹ ਨਹੀਂ ਕਿ ਸਰਕਾਰ ਜਾਂ ਬਾਕੀ

ਸਮਾਜ ਕਬਾਇਲੀ ਲੋਕਾਂ ਪ੍ਰਤਿ ਆਪਣੀਆਂ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀਆਂ ਤੋਂ ਭੱਜ ਜਾਣਗੇ। ਪਰ, ਸਥਾਨਕ ਸਮਰੱਥਾ ਦਾ ਵਿਕਾਸ ਕਰਕੇ ਇਸ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀ ਨੂੰ ਹੋਰ ਵਧੀਆ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਨਿਭਾਇਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਦੂਜੇ ਸ਼ਬਦਾਂ ਵਿੱਚ, ਬਜਾਇ ਇਸ ਦੇ ਕਿ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ 'ਦਿੱਤੀ' ਜਾਵੇ, ਨੀਤੀ 'ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਦੀ ਸਮਰੱਥਾ ਦਾ ਵਿਕਾਸ' ਕਰਨ ਦੀ ਹੋਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਸਿਧਾਂਤ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਯੋਜਨਾਬੰਦੀ ਦਾ ਅਗਵਾਈ ਕਰਤਾ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਇਹ ਚੋਣ ਕਰਨ ਵੇਲੇ ਕਿ ਕੌਣ ਕਿੱਥੇ, ਕਦੋਂ ਅਤੇ ਕਿਵੇਂ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਸੇਵਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰੇਗਾ।

ਸਦੀਆਂ ਦਾ ਵਿਗਿਆਨਕ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਖੱਪਾ ਭਰਨ ਲਈ, ਪਛੜੇ ਖੇਤਰਾਂ ਵਿਚ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਲਈ 'ਸਿਹਤ ਸਾਖਰਤਾ' ਦਾ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਸਮੂਹਿਕ ਸਿੱਖਿਆ ਤਰੀਕਿਆਂ ਦਾ ਇਸਤੇਮਾਲ ਕਰਕੇ, ਇਸ ਦੇ ਵਿਸਤਾਰ ਨੂੰ ਸਰਵੋਚ ਮਹੱਤਵ ਦੇਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ ਲੋਕ ਮੀਡੀਆ, ਆਧੁਨਿਕ ਮੀਡੀਆ ਅਤੇ ਸਕੂਲੀ ਪਾਠਕ੍ਰਮ। ਸਥਾਨਕ ਭਾਸ਼ਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਸੰਚਾਰ ਅਤੇ ਤਕਨੀਕ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਦੀਆਂ ਅਸੀਮ ਸੰਭਾਵਨਾਵਾਂ ਮੌਜੂਦ ਹਨ।

ਜਨਜਾਤੀ ਬੱਚਿਆਂ ਤੇ ਨੌਜਵਾਨਾਂ ਦੀ ਵੱਡੀ ਸੰਖਿਆ – ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਗਿਣਤੀ ਇਕ ਕਰੋੜ ਤੋਂ ਵੱਧ ਹੈ – ਵਰਤਮਾਨ ਸਮੇਂ ਸਕੂਲਾਂ ਵਿਚ ਪੜ੍ਹ ਰਹੀ ਹੈ। ਇਸ ਨਾਲ ਇਕ ਵੱਡਾ ਮੌਕਾ ਮਿਲਦਾ ਹੈ – ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਸਿਹਤ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਕਰਨ ਦਾ ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਸਿਹਤ ਸੰਬੰਧੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਤੇ ਤਰੀਕਿਆਂ ਬਾਰੇ ਗਿਆਨ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਦਾ। ਸਕੂਲ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ, ਪ੍ਰਾਇਮਰੀ ਸਕੂਲ, ਮਿਡਲ ਸਕੂਲ, ਹਾਈ ਸਕੂਲ, ਆਸ਼ਰਮ ਅਤੇ ਆਂਗਨਵਾੜੀਆਂ ਵੀ ਸ਼ਾਮਿਲ ਹਨ – ਇਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਸਿਹਤ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਪ੍ਰਮੁੱਖ ਕੇਂਦਰ ਬਣਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

ਰਵਾਇਤੀ ਚਿਕਿਤਸਕ ਅਤੇ ਦਵਾਈਆਂ : ਇਹ ਦੇਸੀ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਵਿੱਚ ਇਕ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਭੂਮਿਕਾ ਨਿਭਾਉਂਦੇ ਹਨ। ਇਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਅਲਗ-ਥਲੱਗ ਕਰਨ ਜਾਂ ਰੱਦ ਕਰਨ ਦੀ ਬਜਾਇ, ਇਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਿਲ ਕਰਨ ਜਾਂ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਵਿੱਚ ਇਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਸਹਿਯੋਗ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਸੰਵੇਦਨਸ਼ੀਲ ਰਸਤੇ ਦੀ ਖੋਜ ਕਰਨੀ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ।

ਭੂਤਿਕ ਦੂਰੀ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ, ਇਕ ਵਿਸ਼ਾਲ ਸੱਭਿਆਚਾਰਕ ਪਾੜਾ ਕਬਾਇਲੀ ਵਸੋਂ ਨੂੰ ਦੂਜਿਆਂ ਨਾਲੋਂ ਵੱਖ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਜਨਜਾਤੀ ਵਸੋਂ ਲਈ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਦਾ ਅਧਾਰ ਸੱਭਿਆਚਾਰਕ ਤੌਰ ਤੇ ਸੰਵੇਦਨਸ਼ੀਲ ਅਤੇ ਸਥਾਨਕ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਕਿ ਇਸ ਪਾੜੇ ਨੂੰ ਭਰਿਆ ਜਾ ਸਕੇ।

ਪਛੜੇ ਖੇਤਰਾਂ ਲਈ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਦੀ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਦਾ ਮਾਰਗਦਰਸ਼ਕ ਸਿਧਾਂਤ ਚੀਨੀ ਕਹਾਵਤ ਹੋਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ – ਇਕ ਬੀਮਾਰ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਲੈ ਕੇ ਮਾਂ ਕਿੰਨੀ ਦੂਰ ਪੈਦਲ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ? ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਉਸ ਫਾਸਲੇ ਦੇ ਅੰਦਰ ਉਪਲਬਧ ਹੋਣੀ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ। ਜੰਗਲਾਂ ਵਿੱਚ ਵਾਸ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਕਬਾਇਲੀ ਭਾਈਚਾਰਿਆਂ ਲਈ ਇਸ ਦਾ ਮਤਲਬ ਹੈ ਕਿ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਸੇਵਾ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਪਿੰਡ/ਬਸਤੀ ਵਿੱਚ ਮੌਜੂਦ ਹੋਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ। ਸੱਠ ਸਾਲਾਂ ਦੀ ਨਾਕਾਮੀ ਸਾਨੂੰ ਇਹ ਜ਼ਰੂਰ ਹੀ ਸਿਖਾ ਦੇਵੇ ਕਿ ਬਾਹਰੋਂ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਸੇਵਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨਾ ਕੋਈ ਵਿਹਾਰਕ ਹੱਲ ਨਹੀਂ ਹੈ। ਪਛੜੇ ਖੇਤਰਾਂ ਵਿਚ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਦਾ ਖ਼ਾਕਾ ਅਜਿਹਾ ਹੋਵੇ ਕਿ ਸਿਹਤ ਉਤਸਾਹ ਅਤੇ ਰੋਕਥਾਮ ਦਾ ਇਕ ਵੱਡਾ ਹਿੱਸਾ ਅਤੇ ਉਪਚਾਰਕ ਦੇਖਭਾਲ ਦਾ ਵੱਡਾ ਅਨੁਪਾਤ ਪਿੰਡ ਜਾਂ ਬਸਤੀ ਵਿਚ ਹੀ ਪੈਦਾ ਕਰਕੇ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਵਾਇਆ ਜਾਵੇ।

ਨਸ਼ੇ ਦੀ ਆਦਤ ਜਨਜਾਤੀ ਵਸੋਂ ਲਈ ਵੱਡਾ ਸਰਾਪ ਹੈ। ਇਹ ਨਾ ਕੇਵਲ ਸਿਹਤ ਉਤੇ ਹੀ ਮਾੜਾ ਅਸਰ ਪਾਉਂਦੀ ਹੈ ਸਗੋਂ ਪ੍ਰਜਣਨ, ਪਰਿਵਾਰਕ ਆਰਥਿਕਤਾ, ਸਮਾਜਿਕ ਇਕਸੁਰਤਾ ਅਤੇ ਅੰਤ ਵਿਚ ਵਿਕਾਸ ਨੂੰ ਵੀ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਕਰਕੇ 1.) ਪਛੜੇ ਖੇਤਰਾਂ ਬਾਰੇ ਆਬਕਾਰੀ ਨੀਤੀ, ਜਿਸ ਨੂੰ ਭਾਰਤ ਸਰਕਾਰ ਦੇ ਗ੍ਰਹਿ ਮੰਤਰਾਲਾ ਵਲੋਂ 1976 ਵਿੱਚ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਸੀ ਅਤੇ ਰਾਜਾਂ ਦੁਆਰਾ ਸਵੀਕਾਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ, ਨੂੰ ਪ੍ਰਭਾਵਸ਼ਾਲੀ ਢੰਗ ਨਾਲ ਅਮਲ ਵਿੱਚ ਲਿਆਉਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। 2.) ਹੋਰ, ਤੰਬਾਕੂ ਅਤੇ ਨਸ਼ਿਆਂ ਦੀ ਉਪਲਬਧਤਾ ਅਤੇ ਖਪਤ ਤੇ ਸਖ਼ਤੀ ਨਾਲ ਕਾਬੂ ਪਾਇਆ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ਾਂ ਕਬਾਇਲੀ ਉਪ-ਯੋਜਨਾ ਦਾ ਇਕ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਅੰਗ ਬਣਨੀਆਂ ਚਾਹੀਦੀਆਂ ਹਨ। 3.) ਕਬਾਇਲੀ ਖੇਤਰਾਂ ਵਿਚ ਸ਼ਰਾਬ ਤੇ ਤੰਬਾਕੂ ਦੀ ਉਪਲਬਧਤਾ ਅਤੇ ਵਰਤੋਂ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਉਤੇ ਕਾਬੂ ਪਾਉਣ ਲਈ ਰਾਜਾਂ ਦੀਆਂ ਨੀਤੀਆਂ ਉਤੇ ਅਮਲ ਨੂੰ ਚੋਣਵੇਂ ਸੂਚਕਾਂ 'ਤੇ ਨਿਗਰਾਨੀ ਹੇਠ ਲਿਆਂਦਾ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

ਜਨਜਾਤੀ ਵਸੋਂ ਦੇ ਅਨੁਪਾਤ ਵਿਚ ਕਬਾਇਲੀ ਉਪ ਯੋਜਨਾ (ਟੀ ਐੱਸ ਪੀ) ਇਕ ਵਧੀਕ ਲਾਗਤ ਹੋਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ ਨਾ ਕਿ ਪਛੜੇ ਖੇਤਰਾਂ ਵਿਚ ਸਿਹਤ ਵਿਭਾਗ ਦੀਆਂ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਸਰਗਰਮੀਆਂ ਲਈ ਨਿਯਮਤ ਬਜਟ ਦਾ ਬਦਲ। ਕੁੱਲ ਟੀ ਐੱਸ ਪੀ ਦਾ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ 15 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਸਿਹਤ ਖੇਤਰ, ਕਬਾਇਲੀ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਲਈ ਕਬਾਇਲੀ ਖੇਤਰਾਂ ਵਾਸਤੇ ਰਾਖਵਾਂ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਇਨ੍ਹਾਂ ਖੇਤਰਾਂ ਲਈ ਨਿਯਮਤ ਸਿਹਤ ਬਜਟ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

ਜਨਜਾਤੀ ਜਨਸੰਖਿਆ ਦੇ ਅੰਕੜੇ ਯੋਜਨਾਬੰਦੀ, ਨਿਗਰਾਨੀ ਅਤੇ ਪਛੜੇ ਖੇਤਰਾਂ ਵਿਚ ਸਿਹਤ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੇ ਮੁੱਲੰਕਣ ਦਾ ਇਕ ਬੁਨਿਆਦੀ ਤੱਤ ਹੈ। ਸਾਰੀਆਂ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਅੰਕੜਾ ਪ੍ਰਣਾਲੀਆਂ – ਮਰਦਮਸ਼ੁਮਾਰੀ, ਐੱਸ ਆਰ ਐੱਸ, ਐੱਲ ਐੱਫ ਐੱਚ ਐੱਸ, ਐੱਨ ਐੱਸ ਐੱਸ ਓ, ਡੀ ਐੱਲ ਐੱਚ ਐੱਸ ਨੂੰ ਜ਼ਿਲ੍ਹਾ ਅਤੇ ਇਸ ਤੋਂ ਉਪਰਲੇ ਪੱਧਰ ਉਤੇ ਜਨਜਾਤੀ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਖ਼ਾਸ ਸਿਹਤ ਸੂਚਕਾਂ ਦੀ ਯੋਜਨਾਬੰਦੀ ਅਤੇ ਅਮਲ ਲਈ ਕਹਿਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਜਨਜਾਤੀ ਵਸੋਂ ਬਾਰੇ ਭਰੋਸੇਯੋਗ, ਸਮੇਂ ਸਿਰ, ਪ੍ਰਸੰਗਿਕ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਅੰਕੜੇ ਪੈਦਾ ਕਰਨ ਲਈ ਰਾਖਵਾਂ ਰੱਖਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਨਾਲ ਅਹਿਮ ਯੰਤਰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਣਗੇ – ਤੱਥ – ਜੋ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਪ੍ਰਬੰਧਕਾਂ, ਨੀਤੀਘਾੜਿਆਂ ਅਤੇ ਜਨਜਾਤੀ ਵਸੋਂ ਦੇ ਮਾਰਗਦਰਸ਼ਨ ਲਈ ਬੇਹੱਦ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹਨ।

ਅੱਗੇ ਵਧਣ ਦਾ ਰਾਹ : ਕਬਾਇਲੀ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਤੋਂ ਅਸੰਤੁਸ਼ਟ ਭਾਰਤ ਸਰਕਾਰ ਦੇ ਸਿਹਤ ਤੇ ਪਰਿਵਾਰ ਭਲਾਈ ਅਤੇ ਕਬਾਇਲੀ ਮਾਮਲਿਆਂ ਦੇ ਮੰਤਰਾਲਿਆਂ ਵਲੋਂ ਸਾਂਝੇ ਤੌਰ ਤੇ ਕਬਾਇਲੀ ਸਿਹਤ ਬਾਰੇ ਇਕ ਮਾਹਰਾਂ ਦੀ ਕਮੇਟੀ ਦਾ ਗਠਨ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ। ਇਸ ਸਮੂਹ ਦੀ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀ ਹੈ ਕਬਾਇਲੀ ਲੋਕਾਂ ਦੀ ਮੌਜੂਦਾ ਸਿਹਤ ਹਾਲਤ, ਕਬਾਇਲੀ ਖੇਤਰਾਂ ਅਤੇ ਰਾਜਾਂ ਵਿਚ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰਨਾ। ਇਸ ਵਿਚ ਸੁਧਾਰਾਤਮਕ ਹੱਲਾਂ ਦੀ ਸਿਫਾਰਸ਼ ਕਰਨਾ ਵੀ ਸ਼ਾਮਿਲ ਹੈ ਜਿਸ ਵਿਚ ਕਬਾਇਲੀ ਖੇਤਰਾਂ ਵਿੱਚ

ਬਾਕੀ ਸਫ਼ਾ 26 ਉੱਤੇ

ਲਗਾਤਾਰ ਵਿਕਾਸ ਦੇ ਯੁੱਗ ਵਿੱਚ ਸਿਹਤ

ਕੇ ਸ੍ਰੀਨਾਥ ਰੈਡੀ

ਕੀ ਸਿਹਤ ਦੇਸ਼ ਦੇ ਆਰਥਿਕ ਵਿਕਾਸ ਦਾ ਭਵਿੱਖਬਾਣੀ ਯੋਗ ਲਾਭਪਾਤਰ ਹੈ? ਕੀ ਲੋਕਾਂ ਦੀ ਸਿਹਤ ਆਰਥਿਕ ਵਾਧੇ ਲਈ ਕੀਮਤੀ ਨਿਵੇਸ਼ ਹੈ? ਸਿਹਤ, ਵਿਕਾਸ ਦੇ ਹੋਰਨਾਂ ਖੇਤਰਾਂ ਨਾਲ ਕਿਵੇਂ ਸਬੰਧਿਤ ਹੈ ਜੋ ਅਕਸਰ ਇਸ ਨਾਲ ਜੁੜੇ ਹੋਏ ਨਹੀਂ ਲਗਦੇ ਅਤੇ ਇਥੋਂ ਤੱਕ ਕਿ ਵਸੀਲਿਆਂ ਲਈ ਮੁਕਾਬਲਾ ਕਰਦੇ ਲਗਦੇ ਹਨ? ਵਿਸ਼ਵ-ਵਿਆਪੀ ਵਿਕਾਸ ਦੇ ਏਜੰਡੇ ਦੀਆਂ ਉਹ ਕਿਹੜੀਆਂ ਸਿਹਤ ਤਰਜੀਹਾਂ ਹਨ ਜੋ ਭਾਰਤ ਲਈ ਸਾਰਥਕ ਹਨ?

ਜਦਕਿ ਇਨ੍ਹਾਂ ਸਵਾਲਾਂ ਬਾਰੇ ਕਈ ਦਹਾਕਿਆਂ ਤੱਕ ਚਰਚਾ ਹੁੰਦੀ ਰਹੀ, ਪਰ ਵਧੇਰੇ ਸਪੱਸ਼ਟਤਾ ਬੀਤੇ ਕੁੱਝ ਸਾਲਾਂ ਵਿਚ ਹੀ ਉੱਭਰੀ। ਸੰਯੁਕਤ ਰਾਸ਼ਟਰ ਦੁਆਰਾ ਸਿਲਸਿਲੇਵਾਰ ਢੰਗ ਨਾਲ ਅਪਨਾਏ ਗਏ ਦਹਿਸਦੀ ਵਿਕਾਸ ਟੀਚਿਆਂ (ਐੱਮ ਡੀ ਜੀ : 2000–2015) ਅਤੇ ਲਗਾਤਾਰ ਵਿਕਾਸ ਟੀਚਿਆਂ (ਐੱਸ ਡੀ ਜੀ 2016–2030) ਵਿੱਚ ਸਿਹਤ ਦੀ ਪ੍ਰਮੁੱਖਤਾ, ਇਸ ਮਾਨਤਾ ਵਿੱਚੋਂ ਉੱਭਰਦੀ ਹੈ ਕਿ ਬਰਾਬਰ ਅਤੇ ਲਗਾਤਾਰ ਵਿਕਾਸ ਲਈ ਸਿਹਤ ਇੱਕ ਕੇਂਦਰੀ ਬਿੰਦੂ ਹੈ ਅਤੇ ਹੋਰਨਾਂ ਵਿਕਾਸ ਖੇਤਰਾਂ ਨਾਲ ਨੇੜੇ ਤੋਂ ਜੁੜੀ ਹੋਈ ਹੈ।

ਜਨਤਾ ਦੀ ਸਿਹਤ ਸਥਿਤੀ ਦੇਸ਼ ਦੇ ਆਰਥਿਕ ਵਿਕਾਸ ਨਾਲ ਜ਼ਰੂਰ ਸੁਧਰਦੀ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਅਕਸਰ ਦੱਸੀ ਜਾਂਦੀ ਪ੍ਰੈਸਟਨ ਕਰਵ ਦਿਖਾਂਦੀ ਹੈ, ਕਿਸੇ ਵੀ ਦੇਸ਼ ਵਿੱਚ ਸਮੇਂ ਅਨੁਸਾਰ ਜਦੋਂ ਹੇਠਲੇ ਪੱਧਰ ਤੋਂ ਪ੍ਰਤੀ ਇਨਸਾਨ ਆਮਦਨੀ ਦੀ ਔਸਤ ਵੱਧਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਉਮੀਦ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਦੀ ਉਮਰ ਵਿੱਚ ਵੀ ਤੇਜ ਵਾਧਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਫਾਇਦਾ ਅਜਿਹਾ ਦੱਸਦਾ ਲਗਦਾ ਹੈ ਕਿ ਆਮਦਨ ਵਿੱਚ ਹੋਰ ਜਿਆਦਾ ਵਾਧਾ ਉਮੀਦ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਵਿੱਚ ਹੋਰ ਵਾਧਾ ਕਰੇਗਾ। ਪਰ, ਕੇਟ ਪਿਕੇਟ ਅਤੇ ਵਿਲਕਿਨਸਨ ਨੇ ਦਰਸਾਇਆ ਕਿ ਪ੍ਰਤਿ ਇਨਸਾਨ ਆਮਦਨ ਦੇ ਇੱਕੋ ਜਿਹੇ ਪੱਧਰਾਂ ਉੱਤੇ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇਸ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਜਿੱਥੇ ਕਿ ਜਨਤਾ ਦੀ ਆਮਦਨ ਵਿਚਲਾ ਫਰਕ ਹੇਠਲੇ ਪੱਧਰ ਦਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ, ਜਨਤਾ ਦੀ ਆਮਦਨ ਵਿੱਚ ਵਧੇਰੇ ਫਰਕ ਵਾਲੇ ਦੇਸ਼ਾਂ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ, ਉਮੀਦ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਦੀ ਉਮਰ ਅਤੇ ਹੋਰ ਸਿਹਤ ਸਬੰਧੀ ਸੂਚਕ ਬਿਹਤਰ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਆਪਣੀ ਕਿਤਾਬ 'ਦਿ ਸਪਿਰਿਟ ਲੈਵਲ' ਵਿੱਚ ਉਹ ਸਬੂਤ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਦੇ ਹਨ ਕਿ ਕਿਵੇਂ ਵੱਧ ਬਰਾਬਰੀ ਵਾਲੇ ਦੇਸ਼ਾਂ ਵਿਚ ਅਮੀਰ ਲੋਕਾਂ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਘੱਟ ਬਰਾਬਰੀ ਵਾਲੇ ਦੇਸ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਅਮੀਰ ਲੋਕਾਂ ਦੀ ਹਾਲਤ ਖਰਾਬ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

ਜਦਕਿ 20ਵੀਂ ਸਦੀ ਦੇ ਇੱਕ ਵੱਡੇ ਹਿੱਸੇ ਵਿੱਚ ਪੁਰਾਣੀ ਆਰਥਿਕ ਸਿਆਣਪ ਨੇ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਸੁਧਰੀ ਹੋਈ ਪੌਸ਼ਟਿਕਤਾ ਨੂੰ ਆਰਥਿਕ ਵਿਕਾਸ ਦੇ ਸਥਿਰ ਲਾਭਪਾਤਰਾਂ ਵਜੋਂ ਦੇਖਣਾ ਚਾਹਿਆ, ਉਸ ਸਦੀ ਦੇ ਬਾਕੀ ਹਿੱਸੇ ਨੇ ਇਸ ਨੂੰ ਮਾਨਤਾ ਦਿੱਤੀ ਕਿ ਜਨਤਾ ਦੀ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਪੌਸ਼ਟਿਕਤਾ ਤੇਜੀ ਵਾਲੇ ਆਰਥਿਕ ਵਿਕਾਸ ਨੂੰ ਸਰਲ ਬਣਾਉਂਦੇ ਹਨ। ਆਪਣੇ 1993 ਦੇ ਨੋਬਲ ਸਨਮਾਨ ਭਾਸ਼ਣ ਵਿਚ, ਅਰਥ ਸ਼ਾਸਤਰੀ ਰੋਬਰਟ ਫੋਗਲ ਨੇ ਇਸ ਬਾਰੇ ਦੱਸਿਆ ਕਿ ਕਿਵੇਂ 1790–1980 ਦੌਰਾਨ ਬ੍ਰਿਟੇਨ ਦਾ 50 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਆਰਥਿਕ ਵਾਧਾ ਸੁਧਰੀ ਹੋਈ ਪੌਸ਼ਟਿਕਤਾ ਕਰਕੇ ਹੋਇਆ ਸੀ, ਜਿਸ ਨੇ 1790–1930 ਦੌਰਾਨ ਅਪਨਾਈਆਂ ਗਈਆਂ ਸਮਾਜਕ ਨੀਤੀਆਂ ਨੂੰ ਦਰਸਾਇਆ। ਸਿਹਤ ਖੇਤਰ ਵਿੱਚ ਨਿਵੇਸ਼ ਨਾਮਕ 1993 ਦੀ ਵਿਸ਼ਵ ਵਿਕਾਸ ਰਿਪੋਰਟ ਨੇ ਵਧੇਰੇ ਆਰਥਿਕ ਵਿਕਾਸ ਦੇ ਲਾਭ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਸਿਹਤ ਖੇਤਰ ਵਿੱਚ ਵਧੇਰੇ ਆਰਥਿਕ ਨਿਵੇਸ਼ ਨੂੰ ਮਜਬੂਤ ਅਧਾਰ ਬਣਾਇਆ।

1990ਵਿਆਂ ਦੇ ਅਖੀਰ ਵਿੱਚ ਵਿਸ਼ਵ ਸਿਹਤ ਸੰਗਠਨ ਨੇ ਵੱਡੇ ਵੱਧਰ ਦੀ ਆਰਥਿਕਤਾ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਬਾਰੇ ਇੱਕ ਕਮਿਸ਼ਨ ਦੀ ਸਥਾਪਨਾ ਕੀਤੀ ਜਿਸ ਨੇ ਆਰਥਿਕ ਵਿਕਾਸ ਲਈ ਸਿਹਤ ਦੇ ਮੁੱਖ ਯੋਗਦਾਨ ਵਜੋਂ ਸਬੂਤ ਪੇਸ਼ ਕੀਤਾ। ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਆਰਥਿਕ ਵਿਕਾਸ ਵਿਚਕਾਰ ਦੋ ਦਿਸ਼ਾਵੀ ਸਬੰਧ ਹੁਣ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਾਬਤ ਹੋ ਚੁੱਕਾ ਸੀ। ਸਿਹਤ ਖੇਤਰ ਵਿੱਚ ਨਿਵੇਸ਼ ਬਾਰੇ ਲੈਂਸੇਟ ਕਮਿਸ਼ਨ (2013) ਨੇ ਬਾਅਦ ਵਿੱਚ ਦਰਸਾਇਆ ਕਿ ਘੱਟ ਅਤੇ ਮੱਧਮ ਆਮਦਨ ਵਾਲੇ ਦੇਸ਼ ਸਿਹਤ ਖੇਤਰ ਵਿੱਚ ਆਰਥਿਕ ਨਿਵੇਸ਼ ਤੋਂ 9 ਤੋਂ 30 ਗੁਣਾਂ ਆਮਦਨ ਕਮਾ ਸਕਦੇ ਹਨ।

ਸਮੁੱਚੀ ਸਿਹਤ, ਆਮਦਨ ਵਾਲਿਆਂ ਦੀ ਤੁਲਨਾ ਵਿੱਚ ਬਾਕੀਆਂ ਵਿਚਕਾਰ ਗਰੀਬੀ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਤੇ ਪੜ੍ਹਾਈ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਵਿਚਕਾਰ ਦੇ ਸਬੰਧ ਵਧੇਰੇ ਤਿੱਖੇ ਹਨ। ਮਾਂ-ਬੱਚੇ ਦੀ ਮੌਤ, ਘੱਟ ਪੌਸ਼ਟਿਕਤਾ, ਛੂਤ ਦੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ, ਦਿਮਾਗੀ ਬੁਖਾਰ, ਜਖਮਾਂ, ਤੰਬਾਕੂ ਦਾ ਸੇਵਨ ਅਤੇ ਪ੍ਰਦੂਸ਼ਿਤ ਹਵਾ ਵਿੱਚ ਰਹਿਣ ਦੀ ਉਚੇਰੀ ਦਰ ਕਰਕੇ ਅਮੀਰਾਂ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਗਰੀਬ ਲੋਕਾਂ ਦੀ ਕਈ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਤੋਂ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਹੋਣ ਦੀ ਵਧੇਰੇ ਸੰਭਾਵਨਾ ਹੁੰਦੀ ਹੈ। ਸਮਾਜ ਦੇ ਆਰਥਿਕ ਪੱਖੋਂ ਉੱਨਤ ਹੋਣ ਨਾਲ ਜਦੋਂ ਆਮ ਕਰਕੇ ਅਮੀਰਾਂ ਨਾਲ ਜੁੜੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਜਿਵੇਂ ਦਿਲ ਦੇ ਰੋਗ, ਸ਼ੂਗਰ ਅਤੇ ਕੈਂਸਰ ਗਰੀਬਾਂ ਵਿੱਚ ਜਿਆਦਾ ਆਮ ਹੁੰਦੀਆਂ ਜਾ ਰਹੀਆਂ ਹਨ ਤਾਂ ਸਮਾਜ ਉਤਾਰ ਚੜ੍ਹਾਅ ਦੇ ਫਰਕ ਦਾ ਪ੍ਰਗਤੀਸ਼ੀਲ ਉਲਟ ਦੇਖਦਾ ਹੈ ਕਿ ਅਮੀਰਾਂ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਇਹ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਅਕਸਰ ਗਰੀਬਾਂ ਨੂੰ ਵਧੇਰੇ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਕਰ ਰਹੀਆਂ ਹਨ। ਅਮਰੀਕਾ, ਅਸਟ੍ਰੇਲੀਆ ਅਤੇ ਪੱਛਮੀ ਯੂਰਪ ਵਿੱਚ ਹੁਣ ਇਹ ਹੀ ਸਥਿਤੀ ਹੈ ਅਤੇ ਸ਼ਹਿਰੀ ਚੀਨ ਅਤੇ ਸ਼ਹਿਰੀ ਭਾਰਤ ਨੇ ਵੀ 'ਗੈਰ ਛੂਤ ਦੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਲਈ ਸਮਾਜਕ ਉਤਾਰ ਚੜ੍ਹਾਅ ਦੇ ਫਰਕ ਦਾ ਉਲਟ ਦਿਖਾਉਣਾ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰ ਦਿੱਤਾ ਹੈ। ਪੀਣ ਵਾਲਾ ਸਾਫ਼ ਪਾਣੀ ਨਾ ਹੋਣਾ ਜਾਂ ਤੰਬਾਕੂ, ਚੰਗੀ

ਪੌਸ਼ਟਿਕਤਾ ਤੋਂ ਸੁਰੱਖਿਆ ਦੀ ਕਮੀ, ਸਿਹਤ ਬਾਰੇ ਲੋੜੀਂਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਨਾ ਹੋਣਾ, ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੱਕ ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਮਹਿੰਗੇ ਇਲਾਜ ਕਰਕੇ ਸੀਮਤ ਪਹੁੰਚ ਵਰਗੇ ਬਿਮਾਰੀ ਦੇ ਕਾਰਕਾਂ ਤੋਂ ਗਰੀਬ ਵਧੇਰੇ ਗ੍ਰਸਤ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਆਮਦਨ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਨਾਂ-ਮਾਤਰ ਪੜ੍ਹਾਈ ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਮਾੜੀ ਸਿਹਤ ਸਥਿਤੀ ਲਈ ਇੱਕ ਵੱਡੀ ਔਕੜ ਹੈ।

ਆਰਥਿਕ ਪੱਖੋਂ ਕਮਜ਼ੋਰ ਵਰਗਾਂ ਵਿੱਚ ਬਿਮਾਰੀ ਕਰਕੇ ਅਕਸਰ ਗਰੀਬੀ ਜਾਂ ਆਰਥਿਕ ਤੰਗੀ ਪੈਦਾ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜੇ ਅਜਿਹੇ ਪਰਿਵਾਰਾਂ ਨੂੰ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਖਰਚ ਆਪਣੀ ਜੇਬ ਵਿੱਚੋਂ ਕਰਨਾ ਪਵੇ। ਇੱਕ ਅਨੁਮਾਨ ਅਨੁਸਾਰ ਹਰ ਸਾਲ ਦੁਨੀਆਂ ਭਰ ਵਿੱਚ ਲਗਭਗ 100 ਮਿਲੀਅਨ ਲੋਕ ਜ਼ਰੂਰੀ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਉੱਤੇ ਹੋਣ ਵਾਲਾ ਖਰਚ ਬਰਦਾਸ਼ਤ ਨਾ ਕਰਦੇ ਹੋਏ ਗਰੀਬੀ ਵਿੱਚ ਧਕੇਲੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਇਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਲਗਭਗ ਅੱਧੇ ਭਾਰਤੀ ਹਨ। ਬਿਮਾਰੀ ਕਰਕੇ ਕੰਮ ਜਾਂ ਕਮਾਈ ਦਾ ਵੀ ਨੁਕਸਾਨ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਿਸ ਕਰਕੇ ਕੋਈ ਕੀਮਤੀ ਨਿੱਜੀ ਸਮਾਨ ਘੱਟ ਮੁੱਲ ਉੱਤੇ ਵੇਚਣਾ ਪੈਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਬੱਚਿਆਂ ਦੀ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਪੌਸ਼ਟਿਕਤਾ ਉੱਤੇ ਪਰਿਵਾਰ ਦੇ ਖਰਚ ਨੂੰ ਉਲਟ ਤੌਰ ਤੇ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਇਸੇ ਤਰ੍ਹਾਂ ਇੱਕ ਬਿਮਾਰ ਬੱਚਾ ਪੜ੍ਹਾਈ ਦੇ ਫਾਇਦਿਆਂ ਦਾ ਪੂਰਾ ਲਾਭ ਨਹੀਂ ਲੈ ਪਾਉਂਦਾ ਅਤੇ ਇਸ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਵਜੋਂ ਰੋਜ਼ਗਾਰ ਅਤੇ ਆਮਦਨ ਪੱਖੋਂ ਘਾਟੇ ਵਿੱਚ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ। ਆਮਦਨ ਅਤੇ ਪੜ੍ਹਾਈ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਸਿਹਤ ਖੇਤਰ ਵਿੱਚ ਕਈ ਸਮਾਜਿਕ ਰੁਕਾਵਟਾਂ ਵੀ ਹਨ ਜਿਵੇਂ ਸਾਫ਼ ਪਾਣੀ, ਸਵੱਛਤਾ, ਪੌਸ਼ਟਿਕਤਾ, ਵਾਤਾਵਰਨ, ਲਿੰਗ, ਸਮਾਜਕ ਸਥਿਰਤਾ ਅਤੇ ਸਮਾਜਕ ਰੁੱਤਬਾ। ਖੇਤੀਬਾੜੀ ਅਤੇ ਖੁਰਾਕ ਪ੍ਰਣਾਲੀਆਂ ਸਬੰਧੀ ਨੀਤੀਆਂ ਅਤੇ ਸ਼ਹਿਰੀ ਅਕਾਰ ਅਤੇ ਟਰਾਂਸਪੋਰਟ ਵੀ ਸਿਹਤ ਨੂੰ ਬਹੁਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਇਸੇ ਤਰ੍ਹਾਂ ਹੀ ਊਰਜਾ ਸੁਰੱਖਿਆ ਦੀ ਕਮੀ, ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਭਾਰਤ ਵਿੱਚ ਜਿੱਥੇ ਕਿ ਕਈ ਔਰਤਾਂ ਅਤੇ ਬੱਚੇ ਲੱਕੜ ਅਤੇ ਪਾਥੀਆਂ ਵਰਗੇ ਠੋਸ ਜੈਵਿਕ ਈਂਧਨ ਜਲਾਉਣ ਨਾਲ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਅੰਦਰੂਨੀ ਪ੍ਰਦੂਸ਼ਣ ਤੋਂ ਬੁਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਵਿਸ਼ਵ ਸਿਹਤ ਸੰਗਠਨ ਦੇ ਸਿਹਤ ਵਿੱਚ ਸਮਾਜਕ ਰੁਕਾਵਟਾਂ ਬਾਰੇ ਕਮਿਸ਼ਨ (2005) ਨੇ ਇਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਕਈ ਸਬੰਧਾਂ ਨੂੰ ਪਰ੍ਹਾਂ ਕਰਦੇ ਹੋਏ ਸਫਾਰਸ਼ ਕੀਤੀ ਕਿ ਸਿਹਤ ਲਈ ਸਮਾਜਕ ਰੁਕਾਵਟਾਂ ਉੱਤੇ ਦ੍ਰਿੜ੍ਹਤਾਪੂਰਵਕ ਕਾਰਵਾਈ ਰਾਹੀਂ ਇੱਕ ਪੀੜ੍ਹੀ ਵਿੱਚ ਸਿਹਤ ਬਰਾਬਰੀ ਦੇ ਫਰਕ ਨੂੰ ਦੂਰ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇ ਤਾਂ ਜੋ ਸਾਰੇ ਸਮਾਜਾਂ ਵਿੱਚ ਸਿਹਤ ਲਈ ਯੋਗ ਹਾਲਤਾਂ ਕਾਇਮ ਹੋਣ। ਜੇ ਸਮਾਜਕ ਵਾਂਝੇਪਨ ਕਰਕੇ ਸਿਹਤ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਵੱਡਾ ਪਿਛੜਿਆਪਨ ਪੈਦਾ ਹੋ ਚੁੱਕਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੱਕ ਅਸਲੀ ਅਤੇ ਤਿਆਰ ਪਹੁੰਚ ਨੂੰ ਸੀਮਤ ਕਰਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਲਈ ਸਿਰਫ ਬਰਾਬਰੀ ਦਾ ਅਵਸਰ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਵਾਉਣਾ ਹੀ ਕਾਫ਼ੀ ਨਹੀਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਇੱਕ ਬ੍ਰਿਟਿਸ਼ ਅਰਥ ਸ਼ਾਸਤਰੀ ਟਾਨੇ ਨੇ ਆਪਣੀ ਕਿਤਾਬ-ਬਰਾਬਰੀ ਵਿੱਚ ਦੱਸਿਆ, 80 ਸਾਲ ਪਹਿਲਾਂ ਸਮਾਜਕ ਨਿਆਂ ਦਾ ਵਾਅਦਾ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਸਮਾਜ ਵਿੱਚ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਨਾਂ ਸਿਰਫ ਇੱਕ ਖੁੱਲ੍ਹੀ ਸੜਕ ਦੀ ਹੀ ਸਗੋਂ ਬਰਾਬਰੀ ਵਾਲੀ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਦੀ ਵੀ ਲੋੜ ਸੀ।

ਇਨ੍ਹਾਂ ਸਾਰੇ ਵਿਚਾਰਾਂ ਦੀ ਨਤੀਜੇ ਵਜੋਂ ਐੱਮ ਡੀ ਜੀ ਅਤੇ ਮਗਰੋਂ ਐੱਸ ਡੀ ਜੀ ਕਾਇਮ ਹੋਏ। ਪਰ ਫੇਰ ਵੀ, ਵਿਸ਼ਵ ਵਿਆਪੀ ਵਿਕਾਸ ਟੀਚਿਆਂ ਦੇ ਇਨ੍ਹਾਂ ਦੋ ਜੋੜਿਆਂ ਨੂੰ ਅਕਾਰ ਦੇਣ ਵਾਲੀਆਂ ਕਦਰਾਂ ਅਤੇ ਦ੍ਰਿਸ਼ਟੀ ਵਿੱਚ ਬਹੁਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਫਰਕ ਹਨ। ਐੱਮ ਡੀ ਜੀ ਸਿਧਾਂਤਕ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਸੰਯੁਕਤ ਰਾਸ਼ਟਰ ਦੀ ਸਹਾਇਤਾ ਕਰ ਰਹੇ ਤਕਨੀਕੀ ਮਾਹਰਾਂ ਦੁਆਰਾ ਵਿਕਸਤ ਕੀਤੇ ਗਏ ਅਤੇ 2000 ਵਿੱਚ ਨਵੀਂ ਦਹਿਸਦੀ ਦੀ ਸਵੇਰ ਨਾਲ ਹੀ ਸਾਰੇ ਦੇਸ਼ਾਂ ਦੁਆਰਾ ਖੁੱਲ੍ਹੇ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਅਪਣਾਅ ਲਏ ਗਏ। ਇਹ ਸਿਧਾਂਤਕ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਵਿਕਸਤ ਦੇਸ਼ਾਂ ਦੇ ਵਿਚਾਰਾਂ ਤੋਂ ਪ੍ਰੇਰਿਤ ਸਨ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਘੱਟ ਅਤੇ ਮੱਧਮ ਆਮਦਨ ਵਾਲੇ ਦੇਸ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਗਰੀਬੀ, ਗਰੀਬੀ ਸਬੰਧਿਤ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਅਤੇ ਭੁੱਖਮਰੀ ਘਟਾਉਣ ਦਾ ਵਚਨ ਦਿੱਤਾ। ਜਿਹੜੇ ਟੀਚੇ ਨਿਰਧਾਰਿਤ ਕੀਤੇ ਗਏ ਉਹ ਸਿਰਫ ਘੱਟ ਅਤੇ ਮੱਧਮ ਆਮਦਨ ਵਾਲੇ ਦੇਸ਼ਾਂ ਉੱਤੇ ਹੀ ਲਾਗੂ ਕੀਤੇ ਗਏ। ਪਰ ਕਈ ਸਮਾਜਕ ਰੁਕਾਵਟਾਂ 'ਤੇ ਵਿਕਾਸ ਦੀ ਏਕੀਕ੍ਰਿਤ ਦ੍ਰਿਸ਼ਟੀ ਅਤੇ ਕਾਰਵਾਈ ਦੀ ਵਚਨਬੱਧਤਾ ਦੀ ਕੋਈ ਗੱਲ ਸੀ।

8 ਵਿੱਚੋਂ 3 ਐੱਮ ਡੀ ਜੀ ਵਿੱਚ ਸਿਹਤ ਨੂੰ ਸਿੱਧਾ ਟੀਚਾ ਬਣਾਇਆ ਗਿਆ ਭਾਵੇਂ ਕਿ ਗਰੀਬੀ ਘਟਾਉਣਾ ਅਤੇ ਪੜ੍ਹਾਈ ਵੀ ਸਪੱਸ਼ਟ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਇਸ ਨਾਲ ਸਬੰਧਿਤ ਸਨ। ਸਿਹਤ ਸਬੰਧੀ ਐੱਮ ਡੀ ਜੀ ਨੇ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਮਾਂ-ਬੱਚਾ ਮੌਤ ਦਰ ਅਤੇ ਏਡਜ਼, ਟੀ ਬੀ ਅਤੇ ਮਲੇਰੀਆ ਵਰਗੀਆਂ ਵੱਡੀਆਂ ਛੂਤ ਦੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਦਾ ਨਿਵਾਰਨ ਕੀਤਾ। ਇਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਘੱਟ ਅਤੇ ਮੱਧਮ ਆਮਦਨ ਵਾਲੇ ਦੇਸ਼ਾਂ ਦੀਆਂ ਪ੍ਰਮੁੱਖ ਜਨਤਕ ਸਿਹਤ ਚੁਣੌਤੀਆਂ ਵਜੋਂ ਦੇਖਿਆ ਗਿਆ। ਪਹਿਲਾਂ ਤੋਂ ਹੀ ਗ਼ੈਰ ਛੂਤ ਦੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਦੇ ਬਹੁਤ ਅਤੇ ਤੇਜੀ ਨਾਲ ਵਧਦੇ ਹੋਏ ਭਾਰ ਅਤੇ ਤੰਬਾਕੂ ਵਰਗੇ ਪ੍ਰਮੁੱਖ ਮਾਰੂ ਜਿਸ ਨੇ 20ਵੀਂ ਸਦੀ ਵਿੱਚ ਇਕ ਸੌ ਮਿਲੀਅਨ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਮਾਰਿਆ, ਇਸ ਮਾਨਤਾ ਕਰਕੇ ਇਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰਨ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਸਮਝਿਆ ਗਿਆ ਕਿਉਂਕਿ ਉਹ ਇਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ 'ਗਰੀਬਾਂ ਦੀ ਸਮੱਸਿਆ ਨਹੀਂ' ਵਜੋਂ ਦੇਖਦੀ ਸੀ।

ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਧਿਆਨ ਖਿੱਚਣ ਅਤੇ ਜਨਤਕ ਸਿਹਤ ਦੇ ਬਹੁਤ ਹੀ ਸਾਰਥਕ ਖੇਤਰਾਂ ਉੱਤੇ ਕਾਰਵਾਈ ਅਤੇ ਨਿਰਧਾਰਿਤ ਕਾਰਵਾਈਆਂ ਲਈ ਵਿਸ਼ਵ ਵਿਆਪੀ ਹਮਾਇਤ ਕਾਇਮ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਸਿਹਤ ਬਾਰੇ ਤਿੰਨ ਐੱਮ ਡੀ ਜੀ ਨੇ ਲਾਜਮੀ ਹੀ ਬਹੁਤ ਉਪਯੋਗੀ ਭੂਮਿਕਾ ਨਿਭਾਈ। ਇਸ ਕਰਕੇ ਏਡਜ਼, ਟੀ ਬੀ ਅਤੇ ਮਲੇਰੀਆ ਲਈ ਵਿਸ਼ਵ ਵਿਆਪੀ ਫੰਡ ਕਾਇਮ ਹੋਇਆ ਅਤੇ ਮਾਂ-ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਬਚਾਉਣ ਲਈ ਭਾਈਵਾਲੀਆਂ ਵਾਸਤੇ ਫੰਡ ਮੁਹੱਈਆ ਹੋਏ। ਪਰ ਇਨ੍ਹਾਂ ਨੇ ਸਿਹਤ ਨੂੰ ਬਿਮਾਰੀ, ਅਤੇ ਇਸ ਨੂੰ ਉਮਰ ਅਨੁਸਾਰ ਵੰਡ ਦਿੱਤਾ। ਸਿਹਤ ਲਈ ਕਈ ਪ੍ਰਮੁੱਖ ਖ਼ਤਰਿਆਂ ਨੂੰ ਛੱਡ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਜਿਵੇਂ ਗ਼ੈਰ ਛੂਤ ਦੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ, ਦਿਮਾਗੀ ਬੁਖ਼ਾਰ ਅਤੇ ਸੱਟਾਂ। ਵੱਡੇ ਬੱਚਿਆਂ, ਕਿਸ਼ੋਰਾਂ, ਬਾਲਗ ਆਦਮੀਆਂ, ਗ਼ੈਰ ਗਰਭਵਤੀ ਔਰਤਾਂ ਅਤੇ ਬਜ਼ੁਰਗਾਂ ਨੂੰ ਇਸ ਵਰਗ ਵਿੱਚੋਂ ਬਾਹਰ ਰੱਖਿਆ ਗਿਆ। ਸਿਰਫ਼ ਮੌਤ ਦੀ ਦਰ ਵਿੱਚ ਕਮੀ ਨੂੰ ਵਿਚਾਰਿਆ ਗਿਆ ਜਦਕਿ ਗ਼ੈਰ ਮਾਰੂ ਬਿਮਾਰੀ ਕਰਕੇ ਮੌਤ, ਅਪਾਹਜਤਾ ਦੀ ਦਰ ਘਟਾਉਣ ਨੂੰ ਐੱਮ ਡੀ ਜੀ ਦੇ ਘੇਰੇ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ ਲਿਆਂਦਾ ਗਿਆ। ਪਰ ਸਭ ਤੋਂ ਅਹਿਮ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਇਨ੍ਹਾਂ ਤਰੀਕਿਆਂ ਨੇ ਮਜਬੂਤ ਸਿਹਤ ਪ੍ਰਣਾਲੀਆਂ ਕਾਇਮ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਨੂੰ ਧਿਆਨ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ ਲਿਆ ਜੋ ਕਿ ਹੋਰਨਾਂ ਜਨਤਕ ਸਿਹਤ ਕਾਰਜਾਂ ਨੂੰ ਅਣਗੌਲੇ ਬਿਨਾਂ ਪ੍ਰਭਾਵਸ਼ਾਲੀ ਢੰਗ ਨਾਲ ਇਨ੍ਹਾਂ ਵਾਅਦਿਆਂ ਦਾ ਨਤੀਜਾ ਦੇ ਸਕਦੀਆਂ ਸਨ। ਇਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਮਾਨਤਾ ਨਹੀਂ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਕਿ ਸਿੱਧੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਮਰਜੀ ਵਿੱਚ ਕਿਤਨੇ ਹੀ ਭਲੇ ਹੋਣ ਅਤੇ ਇਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਨਮੂਨਾ ਵਿਸਥਾਰਪੂਰਵਕ ਹੋਵੇ, ਕਮਜ਼ੋਰ ਜਾਂ ਕੰਮ ਨਾ ਕਰ ਰਹੀ ਸਿਹਤ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਵਿੱਚ ਜਬਰਦਸਤੀ ਨਹੀਂ ਬਿਠਾਏ ਜਾ ਸਕਦੇ। ਸਚਮੁਚ, ਇਨ੍ਹਾਂ ਘੱਟ ਅਤੇ ਮੱਧਮ ਆਮਦਨ

ਵਾਲੇ ਦੇਸ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਸਿੱਧੇ ਫੰਡ ਦਿੱਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਰਾਹੀਂ, ਜੋ ਕਿ ਸੀਮਤ ਸੰਸਥਾਨਾਤਮਕ ਅਤੇ ਮਨੁੱਖੀ ਵਸੀਲਿਆਂ ਤੋਂ ਪੂਰੇ ਧਿਆਨ ਦਿੱਤੇ ਜਾਣ ਅਤੇ ਪੂਰਨ ਸਮਰਪਣ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰਦੇ ਸਨ, ਸਿਹਤ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਵਿੱਚ ਵਿਘਨ ਪਾਉਣ ਦਾ ਜੋਖਿਮ ਪੈਦਾ ਕਰ ਦਿੱਤਾ। ਸਿਹਤ ਬਰਾਬਰੀ ਵੱਲ ਧਿਆਨ ਦਿੰਦੇ ਹੋਏ, ਐੱਮ ਡੀ ਜੀ, ਦੇਸ਼ ਵਿੱਚ ਆਮਦਨ, ਪੜ੍ਹਾਈ, ਪੇਂਡੂ-ਸ਼ਹਿਰੀ, ਲਿੰਗ ਅਤੇ ਹੋਰ ਸਮਾਜਕ-ਆਬਾਦੀ ਸਬੰਧੀ ਫਰਕਾਂ ਵਿੱਚ ਬਰਾਬਰੀ ਖੱਪਿਆਂ ਵੱਲ ਦੇਖੇ ਬਿਨਾਂ ਸਿਰਫ਼ ਕੁੱਲ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਸੰਕੇਤਕਾਂ ਨੂੰ ਮਾਪਣ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰਦੇ ਹਨ।

ਐੱਸ ਡੀ ਜੀ ਕਈ ਤਰੀਕਿਆਂ ਨਾਲ ਇੱਕ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਸੁਧਾਰ ਹਨ। ਪਹਿਲਾ, ਇੱਕ ਖੁੱਲ੍ਹੀ ਅਤੇ ਲੋਕਤੰਤਰੀ ਅੰਤਰ-ਸਰਕਾਰੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਰਾਹੀਂ ਲਿਖਤ ਵਿਸ਼ਾ ਤਹਿ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ। ਦੂਜਾ, ਟੀਚੇ ਸਾਰੇ ਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ ਸਾਰਥਕ ਹਨ। ਤੀਜਾ, ਟੀਚੇ ਵਿਕਾਸ ਦੇ ਕਈ ਖੇਤਰਾਂ ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਘੇਰੇ ਵਿੱਚ ਲੈਂਦੇ ਹਨ ਪਰ ਇਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਲਗਾਤਾਰ ਵਿਕਾਸ ਦੇ ਇੱਕ ਢਾਂਚੇ ਵਿੱਚ ਏਕੀਕ੍ਰਿਤ ਕਰਦੇ ਹਨ ਜੋ ਆਪਸ ਵਿੱਚ ਲੋੜਾਂ ਨੂੰ ਮਾਨਤਾ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਚੌਥਾ, ਵਾਤਾਵਰਨ ਸੁਰੱਖਿਆ ਨੂੰ ਬਹੁਤ ਜਿਆਦਾ ਲੋੜੀਂਦਾ ਧਿਆਨ ਮਿਲਦਾ ਹੈ ਜੋ ਸਾਨੂੰ ਮੁੜ ਯਾਦ ਕਰਵਾਉਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਆਰਥਿਕ ਵਾਧੇ ਅਤੇ ਵਿਸ਼ਵ-ਵਿਆਪੀ ਵਿਕਾਸ ਦਾ ਰਾਹ ਉਪਗ੍ਰਹਿ ਦੀ ਸਿਹਤ ਲਈ ਰੁਕਾਵਟ ਨਾ ਬਣੇ ਅਤੇ ਇਸ ਦੀ ਲੋੜ ਨਹੀਂ। ਪੰਜਵਾਂ, ਸਿਹਤ ਐੱਸ ਡੀ ਜੀ ਜੀਵਨ ਪੰਧ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਸਿਹਤ ਐੱਮ ਡੀ ਜੀ ਦੀਆਂ ਕਮੀਆਂ ਨੂੰ ਠੀਕ ਕਰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਦੀ ਲਾਗਤ ਤੋਂ ਆਰਥਿਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਨ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਬਰਾਬਰੀ ਨੂੰ ਵਧਾਉਣ ਲਈ ਸਾਰਿਆਂ ਨੂੰ ਸਿਹਤ ਘੇਰਾ ਦਿੰਦੇ ਹੋਏ ਸਿਹਤ ਪ੍ਰਣਾਲੀਆਂ ਦੀ ਭੂਮੀਕਾ ਉੱਤੇ ਜੋਰ ਦਿੰਦਾ ਹੈ।

17 ਐੱਸ ਡੀ ਜੀ ਦਾ ਇਕਲੌਤਾ ਪਰ ਵੱਡਾ ਸਿਹਤ ਟੀਚਾ 'ਸਾਰਿਆਂ ਲਈ ਤੰਦਰੁਸਤ ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਅਤੇ ਹਰੇਕ ਉਮਰ ਵਾਲੇ ਦੀ ਭਲਾਈ' ਦੀ ਗੱਲ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਭਾਵੇਂ ਇਹ ਥੋੜ੍ਹਾ ਜਿਹਾ ਅਸਪੱਸ਼ਟ ਜਾਪਦਾ ਹੈ, ਪਰ ਇਹ ਇੱਕ ਸਮੁੱਚੇ ਤਰੀਕੇ ਨੂੰ ਜ਼ਰੂਰ ਦਰਸਾਉਂਦਾ ਹੈ ਜੋ ਸਾਰੇ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਹੈ ਅਤੇ ਹਾਂ ਪੱਖੀ ਢੰਗ ਨਾਲ ਸਿਹਤ ਨੂੰ ਉਤਸਾਹਿਤ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਸਿਹਤ ਟੀਚੇ ਨਾਲ ਜੁੜੇ ਹੋਏ 9 ਮੰਤਵ ਕਾਰਵਾਈ ਲਈ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਮਾਰਗਦਰਸ਼ਕ ਹਨ। ਇਹ 2030 ਤੱਕ ਪ੍ਰਤੀ ਇੱਕ ਲੱਖ ਜਨਮਾਂ ਲਈ ਮਾਂ ਦੇ ਮਰਨ ਦੀ ਦਰ ਨੂੰ 70 ਤੱਕ ਘਟਾਉਣ, 5 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਬੱਚਿਆਂ ਵਿੱਚ ਇਹ ਦਰ 25 ਕਰਨ ਅਤੇ ਪ੍ਰਤੀ ਇੱਕ ਹਜ਼ਾਰ ਜਨਮਾਂ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਮਾਂ ਦੀ ਮੌਤ ਦੀ ਦਰ 12 ਕਰਨ; ਏਡਜ਼, ਮਲੇਰੀਆ, ਟੀ ਬੀ ਦੀ ਮਹਾਂਮਾਰੀ ਖਤਮ ਕਰਨ, 30-70 ਸਾਲ ਉਮਰ ਵਰਗ ਵਿੱਚ ਗ਼ੈਰ ਛੂਤ ਦੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਕਰਕੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਹੋਣ ਵਾਲੀਆਂ ਮੌਤਾਂ ਨੂੰ ਘਟਾਉਣ, ਸੜਕ ਹਾਦਸਿਆਂ ਵਿੱਚ ਹੋਣ ਵਾਲੀਆਂ ਮੌਤਾਂ ਨੂੰ ਅੱਧਾ ਕਰਨ, ਪਾਣੀ ; ਹਵਾ ਅਤੇ ਸਮੁੱਚੇ ਪ੍ਰਦੂਸ਼ਣ ਨੂੰ ਘਟਾਉਣ ਦੀ ਗੱਲ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਇਹ ਆਰਥਿਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਨਾਲ ਅਤੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਦਵਾਈਆਂ ਅਤੇ ਟੀਕਿਆਂ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਨਾਲ ਅਤੇ ਮੁੜ ਉਤਪਾਦਕ ਅਤੇ ਸੈਕਸੁਅਲ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੱਕ ਨਿਰਵਿਘਨ ਪਹੁੰਚ ਨਾਲ ਸਾਰਿਆਂ ਨੂੰ ਸਿਹਤ ਘੇਰੇ ਵਿੱਚ ਲਿਆਉਣ ਦੀ ਗੱਲ ਵੀ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਇਹ ਤੰਬਾਕੂ ਨਿਯੰਤ੍ਰਨ ਲਈ ਵਿਸ਼ਵ ਸਿਹਤ ਸੰਗਠਨ ਦੇ ਢਾਂਚੇ ਸੰਬੰਧੀ ਸਮਝੌਤੇ ਨੂੰ ਅਸਰਦਾਇਕ ਢੰਗ ਨਾਲ ਲਾਗੂ ਕਰਨ ਦੀ ਵੀ ਗੱਲ ਕਰਦੇ ਹਨ।

ਸਿਹਤ ਟੀਚਿਆਂ ਦਾ ਹੋਰਨਾਂ ਐੱਸ ਡੀ ਜੀ ਨਾਲ ਆਪਸ ਵਿੱਚ ਸਬੰਧ ਬਿਲਕੁਲ ਸਪੱਸ਼ਟ ਹੈ, ਫੇਰ ਭਾਵੇਂ ਇਹ ਗਰੀਬੀ ਘਟਾਉਣ, ਭੁੱਖਮਰੀ ਖਤਮ ਕਰਨ, ਸਾਰਿਆਂ ਲਈ ਪੜ੍ਹਾਈ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਵਾਉਣ, ਲਿੰਗ ਬਰਾਬਰੀ ਨੂੰ ਉਤਸਾਹਿਤ ਕਰਨ, ਯੋਜਨਾਬੱਧ ਸ਼ਹਿਰੀ ਵਾਧਾ, ਸਾਫ਼ ਊਰਜਾ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਨਾ, ਮਹਾਂਸਾਗਰੀ ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਅਤੇ ਜੰਗਲਾਤ ਦੀ ਸੁਰੱਖਿਆ, ਖਪਤ ਘਟਾਉਣ, ਸ਼ਾਂਤੀ ਵਧਾਉਣ ਅਤੇ ਸੱਭ ਤੋਂ ਅਹਿਮ, ਉਪਗ੍ਰਹਿ ਦੀ ਸੁਰੱਖਿਆ ਨਾਲ ਹੀ ਸਬੰਧਿਤ ਹੋਣ। ਸਿਹਤ ਉੱਤੇ ਵਾਤਾਵਰਨ ਦਾ ਪ੍ਰਭਾਵ ਬਹੁਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਚਿੰਤਾਜਨਕ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਦੁਨੀਆਂ ਭਰ ਵਿੱਚ ਹਵਾ ਦੇ ਪ੍ਰਦੂਸ਼ਣ ਦਾ ਪੱਧਰ ਵਧ ਰਿਹਾ ਹੈ ਅਤੇ ਰਸਾਇਣਕ ਪ੍ਰਦੂਸ਼ਣ ਪਾਣੀ ਅਤੇ ਮਿੱਟੀ ਦੀ ਗੁੱਣਤਾ ਨੂੰ ਵੀ ਖੋਰਾ ਲਾਉਂਦਾ ਹੈ। ਤੇਜ ਹੋਈ ਵਿਸ਼ਵੀ ਤਪਸ਼ ਨਾਲ ਮੌਸਮੀ ਬਦਲਾਅ ਗਰਮੀ ਦੀਆਂ ਲਹਿਰਾਂ, ਹੜ੍ਹਾਂ, ਅੱਤ ਦੀਆਂ ਮੌਸਮੀ ਘਟਨਾਵਾਂ, ਪਾਣੀ ਕਰਕੇ ਹੋਣ ਵਾਲੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਦੇ ਫੈਲਣ ਨਾਲ ਕਿਉਂਕਿ ਮੱਛਰ ਉਚੇਰੇ ਲੰਬਕਾਰਾਂ ਅਤੇ ਵਿਥਕਾਰਾਂ ਉੱਤੇ ਪ੍ਰਜਨਨ ਕਰਦੇ ਹਨ, ਕਈ ਫ਼ਸਲਾਂ ਦੀ ਘਟੀ ਹੋਈ ਪੌਸ਼ਟਿਕ ਗੁੱਣਤਾ ਅਤੇ ਘਟਿਆ ਉਤਪਾਦਨ, ਦਬਾਅ ਨਾਲ ਸਬੰਧਿਤ ਮਾਨਸਿਕ ਬੁਖ਼ਾਰ ਅਤੇ ਮੌਸਮ ਨਾਲ ਸਬੰਧਿਤ ਪਰਵਾਸ ਰਾਹੀਂ ਜਨਤਕ ਸਿਹਤ ਦੀਆਂ ਚੁਨੌਤੀਆਂ ਪੇਸ਼ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਸਿਹਤ ਹੁਣ ਪੂਰੀ ਮਜਬੂਤੀ ਨਾਲ ਵਿਕਾਸ ਖੇਤਰਾਂ ਦੀ ਇਸ ਆਪਸ ਵਿੱਚ ਜੁੜੀ ਹੋਈ ਕੁੱਖ ਦੇ ਵਿੱਚ ਹੈ। ਜਦਕਿ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਟੀਚਿਆਂ ਨਾਲ ਜੁੜੇ ਮੰਤਵਾਂ ਨੂੰ ਮਾਪਣ ਦੇ ਸੰਕੇਤਕ ਮਾਰਚ 2016 'ਚ ਅਪਨਾਏ ਜਾਣਗੇ, ਦੇਸ਼ਾਂ ਨੂੰ ਹੋਰ ਖੇਤਰਾਂ ਵਿੱਚ ਵੀ ਨੀਤੀਆਂ ਦੇ ਸਿਹਤ ਪ੍ਰਭਾਵ ਜਾਇਜ਼ੇ ਦੇ ਸੰਚਾਲਨ ਲਈ ਸਮਰੱਥਾ ਨਿਰਮਾਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ।

ਭਾਰਤ ਨੇ ਸਤੰਬਰ 2015 ਵਿੱਚ ਸੰਯੁਕਤ ਰਾਸ਼ਟਰ ਵਿਖੇ ਐੱਸ ਡੀ ਜੀ ਉੱਤੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕੀਤੇ ਸਨ। ਐੱਸ ਡੀ ਜੀ ਦੁਆਰਾ ਤਹਿ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸਿਹਤ ਏਜੰਡਾ ਭਾਰਤ ਲਈ ਬਹੁਤ ਹੀ ਸਾਰਥਕ ਹੈ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਵਧੇਰੇ ਚੌੜਾ ਵਿਕਾਸ ਏਜੰਡਾ। ਭਾਵੇਂ ਇਹ ਐੱਮ ਡੀ ਜੀ ਏਜੰਡੇ ਲਈ ਨਿਰੰਤਰ ਵਚਨਬੱਧਤਾ ਹੋਵੇ, ਗ਼ੈਰ ਛੂਤ ਦੀਆਂ ਬੀਮਾਰੀਆਂ ਅਤੇ ਦਿਮਾਗੀ ਸਿਹਤ ਵਰਗੇ ਨਵੇਂ ਤੱਤਾਂ ਉੱਤੇ ਪ੍ਰਭਾਵਸ਼ਾਲੀ ਕਾਰਵਾਈ ਦੀ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਜਾਂ ਸਾਰਿਆਂ ਲਈ ਸਿਹਤ ਘੇਰੇ ਦੇ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਯੋਜਨਾਬੱਧ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਨੂੰ ਸਹੀ ਢੰਗ ਨਾਲ ਲਾਗੂ ਕਰਨਾ ਹੋਵੇ, ਭਾਰਤ ਦੀਆਂ ਸਿਹਤ ਤਰਜੀਹਾਂ ਐੱਸ ਡੀ ਜੀ ਟੀਚਿਆਂ ਦੇ ਸਹੀ ਢੰਗ ਨਾਲ ਅਨੁਰੂਪ ਹਨ। ਉਨ੍ਹਾਂ ਮੰਤਵਾਂ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚਣ ਲਈ ਸਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਸਿਹਤ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਦੇ ਪ੍ਰਦਰਸ਼ਨ ਨੂੰ ਤਿਆਰ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ। ਇਹ ਵੀ ਇਤਨਾ ਹੀ ਅਹਿਮ ਹੈ ਕਿ ਸਾਨੂੰ, ਵੱਖ-ਵੱਖ ਵਿਕਾਸ ਦੇ ਖੇਤਰਾਂ ਵਿਚ ਕਾਰਵਾਈਆਂ ਦੀ ਇਕਸੁਰਤਾ ਲਈ ਨੀਤੀ ਨੂੰ ਵਧੇਰੇ ਸਮੁੱਚਾ ਬਨਾਉਣ ਵੱਲ ਕੰਮ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਇਹ ਇੱਕ ਦੂਜੇ ਦੇ ਪੂਰਕ ਹੋਣ, ਵਿਰੋਧੀ ਨਹੀਂ। 2016 ਦਾ ਲੀਪ ਸਾਲ, ਲਗਾਤਾਰ ਅਤੇ ਬਰਾਬਰ ਵਿਕਾਸ ਦੇ ਸਾਡੇ ਰਾਹ ਉੱਤੇ ਬਹੁਤ ਹੀ ਵੱਡੀ ਅਗਾਂਹਵਧੂ ਛਲਾਂਗ ਮਾਰਨ ਦਾ ਅਵਸਰ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਸਾਰੇ ਹੀ ਐੱਸ ਡੀ ਜੀ ਵਿੱਚ ਸਿਹਤ ਹੀ ਸਫਲਤਾ ਦਾ ਬਿਹਤਰੀਨ ਸੰਕੇਤ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਸਿਹਤ ਨੂੰ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਕਰਦੇ ਹਨ। ਲਗਾਤਾਰ ਵਿਕਾਸ ਦੇ ਇਸ ਯੁੱਗ ਵਿੱਚ ਸਾਡੇ ਲੋਕਾਂ ਦੀ ਸਿਹਤ ਸਾਡੀ ਸਫਲਤਾ ਦਾ ਜਾਦੂ ਹੋਵੇ।

(ਲੇਖਕ ਪਬਲਿਕ ਹੈਲਥ ਫਾਊਂਡੇਸ਼ਨ ਆਫ ਇੰਡੀਆ ਦੇ ਪ੍ਰਧਾਨ ਹਨ।)

e-mail :ksrinath.reddy@phfi.org

ਸਾਰਿਆਂ ਲਈ ਸਿਹਤ : ਇੱਕ ਅਹਿਮ ਅੰਤਰਰਾਸ਼ਟਰੀ ਦ੍ਰਿਸ਼ਟੀਕੋਨ

ਸੁਭਾਸ਼ ਸ਼ਰਮਾ

'ਸਾਰਿਆਂ ਲਈ ਸਿਹਤ' (ਐੱਚ ਐੱਫ ਏ) ਦੀ ਮੁੱਢਲੀ ਧਾਰਨਾ ਹੀ 'ਸਮਾਜਕ ਵਿਕਾਸ ਦੀ ਸਮੂਹਿਕ ਉਦਾਹਰਨ' ਉਤੇ ਅਧਾਰਤ ਹੈ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਮਨੁੱਖੀ ਤੰਦਰੁਸਤੀ (ਭਲਾਈ ਤੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾ) ਨੂੰ ਤਰਜੀਹ ਦਿੱਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਇਥੋਂ ਤੱਕ ਕਿ ਮਨੁੱਖੀ ਵਿਕਾਸ ਦੀ ਧਾਰਨਾ, ਜੋ ਸਮਾਜਕ ਵਿਕਾਸ ਨਾਲੋਂ ਕਿਤੇ ਘੱਟ ਵਿਆਪਕ ਤੇ ਪਰਿਵਰਤਨਕਾਰੀ ਹੈ, ਤਿੰਨ ਅੰਗਾਂ ਤੋਂ ਹੋਂਦ ਵਿੱਚ ਆਈ ਹੈ; ਨਿੱਜੀ ਆਮਦਨ ਵਿੱਚ ਵਾਧਾ, ਸਿੱਖਿਆ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਅਤੇ ਸਿਹਤ (ਲੰਮੀ ਉਮਰ)। ਇਹ 'ਇਕਸਮਾਨ ਸਿਹਤ ਦਾਇਰੇ' (ਯੂ ਐੱਚ ਸੀ) ਨਾਲੋਂ ਨਾ ਸਿਰਫ਼ ਜ਼ਿਆਦਾ ਵਿਸ਼ਾਲ ਤੇ ਵਿਆਪਕ ਹੈ ਸਗੋਂ ਪਹਿਲੇ ਨਾਲੋਂ ਗੁਣਵੱਤਾ ਅਤੇ ਗਹਿਰਾਈ ਵਿੱਚ ਵੀ ਫਰਕ ਰੱਖਦੀ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਯੂ ਐੱਚ ਸੀ ਵਿੱਚ ਧਿਆਨ ਦਾ ਕੇਂਦਰ ਜ਼ਿਆਦਾ 'ਦਾਇਰੇ' ਉਤੇ ਹੈ ਜਦਕਿ ਐੱਚ ਐੱਫ ਏ ਦਾ ਕੇਂਦਰ ਬਿੰਦੂ ਤੰਦਰੁਸਤੀ ਅਤੇ ਸੰਭਾਲ ਹੈ। ਦੂਜਾ, ਯੂ ਐੱਚ ਸੀ ਸਿਹਤ ਵਿੱਤੀਕਰਨ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਉਤੇ ਜ਼ਿਆਦਾ ਜ਼ੋਰ ਦਿੰਦਾ ਹੈ ਜੋ ਜਨਤਕ, ਨਿੱਜੀ ਅਤੇ ਸਾਂਝੇ ਖੇਤਰਾਂ ਤੋਂ ਪੈਸਾ ਇਕੱਠਾ ਕਰਨ ਉਤੇ ਅਧਾਰਤ ਹੈ ਤਾਂ ਕਿ ਦੇਸ਼ ਦੇ ਸਾਰੇ ਨਾਗਰਿਕਾਂ ਨੂੰ ਸਿਹਤ ਦੇ ਦਾਇਰੇ ਵਿੱਚ ਲਿਆਂਦਾ ਜਾ ਸਕੇ (ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਲੋਕਾਂ ਦੇ ਯੋਗਦਾਨ ਉਤੇ ਵੀ ਥੋੜ੍ਹਾ ਜ਼ੋਰ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਹੈ) ਜਦ ਕਿ 'ਸਾਰਿਆਂ ਲਈ ਸਿਹਤ' ਧਾਰਨਾ ਅਧੀਨ ਸਭਨਾਂ ਨੂੰ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਲਈ ਜਨਤਕ ਵਿੱਤੀਕਰਨ (ਰਾਜ ਵਲੋਂ) ਉਤੇ ਜ਼ੋਰ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਹੈ। ਤੀਜਾ, ਯੂ ਐੱਚ ਸੀ ਅਧੀਨ ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀਆਂ ਰਾਹੀਂ ਮੁਢਲੀਆਂ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇਣ ਦੇ ਇੱਕ ਪੈਕੇਜ ਦੀ ਕਲਪਨਾ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ। ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀਆਂ ਮੁੱਖ ਤੌਰ ਤੇ ਨਿੱਜੀ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ (ਖੁੱਲ੍ਹੇ ਬਾਜ਼ਾਰ ਵਿੱਚ ਮੁਕਾਬਲੇ ਰਾਹੀਂ) ਪਰ ਕਦੇ ਕਦਾਈਂ ਜਨਤਕ ਤੇ ਨਿੱਜੀ ਵੀ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ ਜਦ ਕਿ ਐੱਚ ਐੱਫ ਏ ਤਹਿਤ ਸਰਕਾਰੀ ਸਹੂਲਤਾਂ ਜੋ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਪ੍ਰਬੰਧਕੀ ਪੱਧਰਾਂ ਉਤੇ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ, ਰਾਹੀਂ ਸੇਵਾ ਦੇਣ ਉਤੇ ਜ਼ੋਰ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਹੈ।

ਐੱਚ ਐੱਫ ਏ ਦੀ ਧਾਰਨਾ ਨੂੰ ਇੱਕ ਇਤਿਹਾਸਕ ਪੱਖ ਤੋਂ ਪੇਸ਼ ਕਰਨ ਲਈ, ਸੰਯੁਕਤ ਰਾਸ਼ਟਰ ਵਲੋਂ ਅਲਮਾ ਅੱਤਾ ਦੇ 1978 ਦੇ ਐਲਾਨਨਾਮੇ ਵਿੱਚ ਸਾਰਿਆਂ ਲਈ ਇਕ ਵਿਆਪਕ ਅਤੇ ਏਕੀਕ੍ਰਿਤ ਮੁਢਲੀ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਦੀ ਕਲਪਨਾ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ ਜਿਸ ਦਾ ਉਦੇਸ਼ ਬਰਾਬਰੀ ਨੂੰ ਉਤਸ਼ਾਹਿਤ ਕਰਨਾ ਸੀ ਅਤੇ ਇਸ ਪਿੱਛੇ ਭਾਈਚਾਰਕ ਲੋੜਾਂ ਸਨ।

ਵਿਸ਼ਵ ਸਿਹਤ ਸੰਸਥਾ (ਡਬਲਯੂ ਐੱਚ ਓ) ਦੇ ਸੰਵਿਧਾਨ ਵਿੱਚ ਵਰਨਣ ਹੈ ਕਿ 'ਸਿਹਤ, ਤੰਦਰੁਸਤੀ, ਰਹਿਣ-ਸਹਿਣ ਦਾ ਪੱਧਰ, ਡਾਕਟਰੀ ਦੇਖਰੇਖ, ਬਿਮਾਰੀ ਦੀ ਹਾਲਤ ਵਿੱਚ ਸੁਰੱਖਿਆ ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਅਤੇ ਮਾਵਾਂ ਅਤੇ ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਦੇਖਭਾਲ ਤੇ ਸਹਾਇਤਾ, ਐੱਚ ਐੱਫ ਏ ਦੇ ਸੰਦਰਭ ਵਿੱਚ ਕਾਫੀ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਅਤੇ ਕਾਬਿਲੇ ਗੌਰ ਹਨ। ਇਸ ਦੇ ਨਾਲ ਹੀ, ਯੂ ਡੀ ਐੱਚ ਆਰ ਦਾ ਆਰਟੀਕਲ 3 ਕਹਿੰਦਾ ਹੈ ਹਰੇਕ ਦਾ 'ਜ਼ਿੰਦਗੀ, ਆਜ਼ਾਦੀ ਅਤੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਸੁਰੱਖਿਆ' ਦਾ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ। ਜ਼ਾਹਰ ਤੌਰ ਤੇ ਜੀਵਨ ਦੇ ਅਧਿਕਾਰ ਵਿੱਚ ਖਾਣੇ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਦਾ ਹੱਕ ਵੀ ਸ਼ਾਮਿਲ ਹੈ (ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਭਾਰਤ ਦੀ ਸੁਪਰੀਮ ਕੋਰਟ ਵਲੋਂ ਵਿਆਖਿਆ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ। ਇਸ ਪ੍ਰਕਾਰ 1978 ਦਾ ਅਲਮਾ ਅੱਤਾ ਐਲਾਨਨਾਮਾ ਯੂ ਡੀ ਐੱਚ ਆਰ ਅਤੇ ਵਿਸ਼ਵ ਸਿਹਤ ਸੰਸਥਾ ਦੇ ਸੰਵਿਧਾਨ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਹੀ ਸੀ। ਅਸਲ ਵਿੱਚ, ਅਲਮਾ ਅੱਤਾ (ਹੁਣ ਕਜ਼ਾਕਿਸਤਾਨ ਵਿਚ ਅਲਮਾਤੀ) ਵਿੱਚ 'ਮੁੱਢਲੀ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ' ਬਾਰੇ ਹੋਈ ਅੰਤਰਰਾਸ਼ਟਰੀ ਕਾਨਫਰੰਸ ਵਿੱਚ 'ਸਾਰੀਆਂ ਸਰਕਾਰਾਂ, ਸਾਰੇ ਸਿਹਤ ਤੇ ਵਿਕਾਸ ਕਾਮਿਆਂ ਅਤੇ ਵਿਸ਼ਵ ਭਾਈਚਾਰੇ' ਵਲੋਂ ਦੁਨੀਆਂ ਦੇ ਸਾਰੇ ਲੋਕਾਂ ਦੀ ਸਿਹਤ ਦੀ ਸੁਰੱਖਿਆ ਅਤੇ ਉਤਸ਼ਾਹ ਕਈ ਫੌਰੀ ਕਾਰਜ ਕਰਨ ਦਾ ਪ੍ਰਗਟਾਵਾ ਕੀਤਾ ਗਿਆ। ਇਸ ਦੇ ਮੁੱਖ ਮਤੇ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਹਨ:

1) ਸਿਹਤ, ਜੋ ਕਿ 'ਸੰਪੂਰਨ ਸਰੀਰਕ, ਮਾਨਸਿਕ ਅਤੇ ਸਮਾਜਕ ਭਲਾਈ' ਦੀ ਹਾਲਤ ਹੈ, ਦਾ ਮਤਲਬ ਸਿਰਫ਼ ਬਿਮਾਰੀ ਜਾਂ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਦੀ ਅਣਹੋਂਦ ਨਹੀਂ ਹੈ, ਇਹ ਬੁਨਿਆਦੀ ਮਨੁੱਖੀ ਅਧਿਕਾਰ ਹੈ ਅਤੇ 'ਸਰਵੋਚ ਸੰਭਵ ਸਿਹਤ ਪੱਧਰ' ਦੀ ਪ੍ਰਾਪਤੀ ਦੁਨੀਆਂ ਭਰ ਦਾ ਸਭ ਤੋਂ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਸਮਾਜਕ ਟੀਚਾ ਹੈ।

2) ਲੋਕਾਂ ਦੀ ਸਿਹਤ ਦੇ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ ਮੌਜੂਦਾ ਭਾਰੀ ਨਾਬਰਾਬਰੀ, ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਵਿਕਸਤ ਤੇ ਵਿਕਾਸਸ਼ੀਲ ਦੇਸ਼ਾਂ ਅਤੇ ਬਾਕੀ ਦੇਸ਼ਾਂ ਦੇ ਅੰਦਰ ਵੀ ਰਾਜਨੀਤਕ, ਸਮਾਜਕ ਅਤੇ ਆਰਥਿਕ ਤੌਰ ਤੇ ਪ੍ਰਵਾਨ ਕਰਨ ਯੋਗ ਨਹੀਂ ਹੈ।

3) ਸਾਰਿਆਂ ਲਈ ਸਿਹਤ ਦੀ ਸੰਪੂਰਨ ਪ੍ਰਾਪਤੀ ਅਤੇ ਵਿਕਸਤ ਤੇ ਵਿਕਾਸਸ਼ੀਲ ਦੇਸ਼ਾਂ ਦੀ ਸਿਹਤ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਪਾੜੇ ਨੂੰ ਘੱਟ ਕਰਨ ਲਈ ਆਰਥਿਕ ਤੇ ਸਮਾਜਕ ਵਿਕਾਸ ਦਾ ਬੁਨਿਆਦੀ ਮਹੱਤਵ ਹੈ।

4) ਸਰਕਾਰਾਂ ਦੀ ਆਪਣੇ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਢੁੱਕਵੀਂ ਸਿਹਤ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਦੀ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀ ਹੈ।

5. ਮੁੱਢਲੀ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਬਹੁਤ ਹੀ ਅਹਿਮ ਤੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ ਜਿਸ ਨੂੰ ਅਜਿਹੀ ਲਾਗਤ ਉਤੇ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਵਾਏ ਜਾਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਜਿਸ ਨੂੰ ਸਮਾਜ ਅਤੇ ਦੇਸ਼ ਬਰਦਾਸ਼ਤ ਕਰ ਸਕੇ।

6) ਮੁੱਢਲੀ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਉਤਸ਼ਾਹਕ, ਰੋਕਥਾਮ, ਰੋਗ ਨਿਵਾਰਕ ਅਤੇ ਮੁੜ-ਵਸੇਬੇ ਦੀਆਂ

ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਵੱਧ ਤੋਂ ਵੱਧ ਭਾਈਚਾਰਕ ਅਤੇ ਨਿੱਜੀ ਸਵੈ-ਨਿਰਭਰਤਾ ਤੇ ਸ਼ਮੂਲੀਅਤ ਯੋਜਨਾਬੰਦੀ, ਸੰਗਠਨ, ਸੰਚਾਲਨ ਅਤੇ ਮੁੱਢਲੀ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਦੇ ਨਿਯੰਤ੍ਰਣ ਨੂੰ ਉਤਸ਼ਾਹ ਦਿੰਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਨਾਲ ਸਥਾਨਕ, ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਅਤੇ ਦੂਜੇ ਉਪਲਬਧ ਸਾਧਨਾਂ ਦਾ ਪੂਰਾ ਇਸਤੇਮਾਲ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

7) ਸਾਰੀਆਂ ਸਰਕਾਰਾਂ ਨੂੰ ਮੁੱਢਲੀ ਸਿੱਖਿਆ ਨੂੰ ਵਿਆਪਕ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਸਿਹਤ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਦਾ ਹਿੱਸਾ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਨੀਤੀਆਂ, ਰਣਨੀਤੀਆਂ ਅਤੇ ਕਾਰਜ ਯੋਜਨਾਵਾਂ ਉਲੀਕਣੀਆਂ ਚਾਹੀਦੀਆਂ ਹਨ।

8) ਸਾਰੇ ਹੀ ਦੇਸ਼ਾਂ ਨੂੰ ਭਾਈਵਾਲੀ ਦੀ ਭਾਵਨਾ ਅਤੇ ਸਾਰਿਆਂ ਲਈ ਮੁੱਢਲੀ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਸੇਵਾ ਦੇਣ ਲਈ ਸਹਿਯੋਗ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਕਿਸੇ ਵੀ ਦੇਸ਼ ਵਿੱਚ ਲੋਕਾਂ ਦੀ ਸਿਹਤ ਦੀ ਪ੍ਰਾਪਤੀ ਦਾ ਸਿੱਧਾ ਅਸਰ ਤੇ ਫ਼ਾਇਦਾ ਹਰੇਕ ਦੂਸਰੇ ਦੇਸ਼ ਨੂੰ ਮਿਲਦਾ ਹੈ।

10) ਦੁਨੀਆਂ ਦੇ ਸਾਰੇ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਿਹਤ ਦਾ ਇੱਕ ਪ੍ਰਵਾਨਤ ਪੱਧਰ ਸੰਸਾਰ ਦੇ ਸਾਧਨਾਂ ਦਾ ਸੰਪੂਰਨ ਤੇ ਬੇਹਤਰ ਇਸਤੇਮਾਲ ਕਰਕੇ ਹਾਸਲ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਜਿਸ ਦਾ ਇੱਕ ਵੱਡਾ ਹਿੱਸਾ ਅੱਜਕੱਲ੍ਹ ਹਥਿਆਰਾਂ ਤੇ ਫੌਜੀ ਝਗੜਿਆਂ ਉਤੇ ਖਰਚ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਆਜ਼ਾਦੀ, ਸ਼ਾਂਤੀ, ਅਮਨ ਅਤੇ ਨਿਸ਼ਸਤਰੀਕਰਨ ਦੀ ਇੱਕ ਅਸਲ ਨੀਤੀ ਰਾਹੀਂ ਵਾਧੂ ਸਾਧਨ ਜਾਰੀ ਕਰਨੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਇਸਤੇਮਾਲ ਆਰਥਿਕ-ਸਮਾਜਕ ਵਿਕਾਸ ਲਈ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਮੁੱਢਲੀ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ।

ਵਿਸ਼ਵ ਸਿਹਤ ਸੰਸਥਾ ਵਲੋਂ ਬਾਰ-ਬਾਰ 'ਸਾਰਿਆਂ ਲਈ ਸਿਹਤ' ਨੂੰ ਦੁਹਰਾਇਆ ਗਿਆ ਹੈ, ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ 2005 ਅਤੇ 2011 ਵਿੱਚ ਵੀ, ਭਾਵੇਂਕਿ ਇਸ ਵਲੋਂ ' ਬਰਾਬਰ ਸਿਹਤ ਦਾਇਰੇ' ਨੂੰ ਸਿਹਤ ਵਿੱਤੀਕਰਨ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਨਾਲ ਇਸਤੇਮਾਲ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਲਈ ਵਿੱਤੀ ਯੋਗਦਾਨ ਵਾਸਤੇ ਪਹਿਲੋਂ ਅਦਾਇਗੀ ਦਾ ਤਰੀਕਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ, ਜਿਸ ਦਾ ਮਕਸਦ ਲੋਕਾਂ ਦਰਮਿਆਨ ਜੋਖ਼ਮ ਨੂੰ ਸਾਂਝਾ ਕਰਨਾ ਹੈ, ਜੋ ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਵਿਸ਼ਵ ਬੈਂਕ ਦੇ ਪ੍ਰਭਾਵ ਹੇਠ ਅਤੇ ਉਦਾਰੀਕਰਨ, ਨਿੱਜੀਕਰਨ ਅਤੇ ਵਿਸ਼ਵੀਕਰਨ ਦੀਆਂ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆਵਾਂ ਲਈ ਆਮ ਕਰਕੇ ਹੈ। ਸੰਯੁਕਤ ਰਾਸ਼ਟਰ ਦੇ ਮਤੇ (ਏ/67/ਐੱਲ 3) ਜੋ ਦਸੰਬਰ 2012 ਵਿੱਚ ਪਾਸ ਕੀਤਾ ਗਿਆ, ਵਿੱਚ ਸਮੂਹਿਕ ਮਨੁੱਖੀ ਵਿਕਾਸ ਨੂੰ 2015 ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦੇ ਵਿਕਾਸ ਏਜੰਡੇ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰਨ ਉਤੇ ਮੁੜ ਜ਼ੋਰ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਹੈ। ਪਰ, ਆਪਣੀ ਵਿਸ਼ਵ ਵਿਕਾਸ ਰਿਪੋਰਟ (1993) ਵਿੱਚ ਵਿਸ਼ਵ ਬੈਂਕ ਵਲੋਂ ਆਮ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਦਖ਼ਲਾਂ ਨੂੰ ਲਾਗਤ ਪ੍ਰਭਾਵ ਦੇ ਹਿਸਾਬ ਨਾਲ ਦਰਜਾਬੰਦ ਕੀਤਾ ਗਿਆ; ਘੱਟ ਆਮਦਨ ਵਾਲੇ ਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ ਇਸ ਦੇ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ ਸਿਹਤ ਪੈਕੇਜ 1/3 ਅਨੁਮਾਨਿਤ ਬਿਮਾਰੀ ਦਾ ਬੋਝ ਘੱਟ ਕਰਨ ਦਾ ਵਿਚਾਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਜੋ ਦਰਮਿਆਨੀ ਆਮਦਨ ਵਾਲੇ ਦੇਸ਼ਾਂ ਲਈ 1/5ਵਾਂ ਹਿੱਸਾ ਸੀ। ਪਰ, ਬਦਕਿਸਮਤੀ ਨੂੰ, ਬਹੁਤ ਸਾਰੀਆਂ ਆਮ ਬਿਮਾਰੀਆਂ (ਦਰਮਿਆਨੀਆਂ ਗੰਭੀਰ ਸੱਟਾਂ ਅਤੇ ਪੁਰਾਣੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਜਿਵੇਂ ਸ਼ੱਕਰ ਰੋਗ, ਮੋਤੀਆ, ਉੱਚ ਰਕਤਚਾਪ, ਮਾਨਸਿਕ ਰੋਗ ਅਤੇ ਸਰਵਾਈਕਲ ਕੈਂਸਰ) ਨੂੰ ਘੱਟ ਆਮਦਨ ਵਾਲੇ ਦੇਸ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਜਨਤਕ ਫੰਡਿੰਗ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਕਰ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ (ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਐੱਮ ਸੀਗਾਲ ਵਲੋਂ 2003 ਵਿੱਚ ਖੋਜਿਆ ਗਿਆ)। ਸਿੱਟੇ ਵਜੋਂ, 1980ਵਿਆਂ ਵਿੱਚ 37 ਗਰੀਬ ਦੇਸ਼ਾਂ ਅੰਦਰ 'ਢਾਂਚਾਗਤ ਸੁਧਾਰਾਂ' ਜਾਂ ਆਰਥਿਕ ਸੁਧਾਰਾਂ ਕਰਕੇ ਸਿਹਤ ਲਈ ਪ੍ਰਤਿ ਵਿਅਕਤੀ ਜਨਤਕ ਖਰਚਾ ਕਟੌਤੀ ਕਾਰਨ ਅੱਧਾ ਘਟ ਗਿਆ – ਉਦਾਹਰਣ ਵਜੋਂ ਮੈਕਸੀਕੋ ਵਿੱਚ 1982-87 ਦੌਰਾਨ ਇਸ ਵਿਚ 60 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਦੀ ਗਿਰਾਵਟ ਆਈ।

1980ਵਿਆਂ ਅਤੇ 1990ਵਿਆਂ ਵਿੱਚ ਉਦਾਰੀਕਰਨ, ਨਿੱਜੀਕਰਨ ਅਤੇ ਵਿਸ਼ਵੀਕਰਨ ਦੇ ਮਾੜੇ ਪ੍ਰਭਾਵਾਂ ਕਰਕੇ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਵਿਕਾਸਸ਼ੀਲ ਦੇਸ਼ਾਂ ਨੂੰ ਸਿਹਤ ਸਬੰਧੀ ਹੇਠਾਂ ਦਿੱਤੀਆਂ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਦਾ ਸਾਹਮਣਾ ਕਰਨਾ ਪਿਆ :

ੳ) ਕਿਉਂਕਿ ਸਰਕਾਰਾਂ ਨੇ ਵਿਕਾਸਮੁਖੀ ਦਖ਼ਲਾਂ ਤੋਂ ਪੈਰ ਪਿਛਾਂਹ ਖਿੱਚ ਲਏ, ਜਿਸ ਕਰਕੇ ਹੋਰ ਸਮਾਜਕ ਖੇਤਰਾਂ (ਸਿੱਖਿਆ, ਵੰਚਿਤ ਵਰਗਾਂ ਦੀ ਭਲਾਈ ਆਦਿ) ਵਾਂਗ ਸਿਹਤ ਦੇ ਖੇਤਰ ਵਿੱਚ ਜਨਤਕ ਨਿਵੇਸ਼ ਵਿੱਚ ਭਾਰੀ ਗਿਰਾਵਟ ਆਈ; ਉਦਾਹਰਣ ਦੇ ਲਈ 1991 ਵਿੱਚ ਪੇਰੂ ਨੇ ਪ੍ਰਤਿ ਵਿਅਕਤੀ 12 ਅਮਰੀਕੀ ਡਾਲਰ ਸਿਹਤ ਤੇ ਸਿੱਖਿਆ ਉਤੇ ਖਰਚ ਕੀਤੇ ਜਦ ਕਿ 1980 ਵਿੱਚ ਇਸ ਵਲੋਂ 50 ਅਮਰੀਕੀ ਡਾਲਰ ਖਰਚ ਕੀਤੇ ਗਏ ਸਨ, ਅਤੇ 1991 ਵਿੱਚ ਇਸ ਵਲੋਂ ਪ੍ਰਤਿ ਵਿਅਕਤੀ 25 ਅਮਰੀਕੀ ਡਾਲਰ ਪੱਛਮੀ ਬੈਂਕਾਂ ਨੂੰ ਕਰਜ਼ੇ ਦੀ ਅਦਾਇਗੀ ਲਈ ਅਦਾ ਕੀਤੇ ਗਏ।

ਅ) ਇਸ ਨਾਲ ਡਾਕਟਰਾਂ ਤੇ ਸਹਾਇਕ ਡਾਕਟਰੀ ਅਮਲੇ ਦੀ ਵੱਡੀ ਘਾਟ ਹੋ ਗਈ ਜਿਸ ਨਾਲ ਡਾਕਟਰਾਂ ਤੇ ਅਮਲੇ ਦੀ ਉਪਲਬਧਤਾ ਘੱਟ ਹੋ ਗਈ, ਸਿੱਟੇ ਵਜੋਂ ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ ਨਿੱਜੀ ਕਲੀਨਿਕਾਂ ਵਿੱਚ ਜਾਣ ਲਈ ਮਜਬੂਰ ਹੋਣਾ ਪਿਆ।

ੲ) ਜਨਤਕ ਸਿਹਤ ਸੰਸਥਾਨਾਂ ਵਿੱਚ ਡਾਕਟਰੀ ਸਾਜ਼ੋ-ਸਾਮਾਨ, ਦਵਾਈਆਂ ਅਤੇ ਜਾਂਚ ਸਹੂਲਤਾਂ ਦੀ ਭਾਰੀ ਘਾਟ ਸੀ – ਹਸਪਤਾਲ ਮਹਿਜ਼ ਦਵਾਈਆਂ ਦੀਆਂ ਪਰਚੀਆਂ ਲਿਖਣ ਜੋਗੇ ਹੀ ਰਹਿ ਗਏ ਅਤੇ ਮਰੀਜ਼ ਖੁੱਲ੍ਹੇ ਬਾਜ਼ਾਰ ਤੋਂ ਦਵਾਈਆਂ ਖਰੀਦਣ ਅਤੇ ਜਾਂਚ ਨਿੱਜੀ ਪ੍ਰਯੋਗਸ਼ਾਲਾਵਾਂ ਤੋਂ ਵੱਧ ਕੀਮਤ ਉਤੇ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ ਮਜਬੂਰ ਹੋ ਗਏ।

ਸ) ਨਿੱਜੀ ਡਾਕਟਰ ਨਾ ਕੇਵਲ ਮੋਟੀ ਫੀਸ ਵਸੂਲਣ ਲੱਗੇ ਸਗੋਂ ਗ਼ੈਰ-ਜ਼ਰੂਰੀ ਅਤੇ ਜ਼ਿਆਦਾ ਮਹਿੰਗੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਅਤੇ ਟਾਲੇ ਜਾਣ ਵਾਲੀਆਂ ਜਾਂਚਾਂ ਵੀ ਲਿਖਣ ਲੱਗ ਪਏ।

ਹ) ਸਰਕਾਰੀ ਤੰਤਰ ਦੀ ਲਾਪ੍ਰਵਾਹੀ ਕਾਰਨ ਸਰਕਾਰੀ ਡਾਕਟਰ ਅਤੇ ਸਹਾਇਕ ਅਮਲੇ ਨੇ, ਸਰਕਾਰੀ ਕੰਮ ਦੇ ਸਮੇਂ ਦੌਰਾਨ ਵੀ ਆਪਣੇ ਨਿੱਜੀ ਦਵਾਖ਼ਾਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਵੱਧ ਸਮਾਂ ਦੇਣਾ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰ ਦਿੱਤਾ ਜਿਸ ਦਾ ਮਕਸਦ ਮੁਨਾਫ਼ਾ ਤੇ ਵਪਾਰਕ ਹਿੱਤ ਸਨ।

ਕ) ਸਰਕਾਰ ਵਲੋਂ ਸਸਤੀ ਦਰ ਉਤੇ ਖਾਣਾ, ਪੋਸ਼ਣ, ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਪੀਣ ਵਾਲਾ ਪਾਣੀ ਅਤੇ ਸਫ਼ਾਈ ਦੀਆਂ ਸਹੂਲਤਾਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਤੋਂ ਹੱਥ ਖਿੱਚਣ ਨਾਲ ਗਰੀਬ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਛੂਤ ਵਾਲੀਆਂ ਅਤੇ ਗ਼ੈਰ-ਛੂਤ ਵਾਲੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਦਾ ਵੱਡਾ ਵਾਧਾ ਹੋ ਗਿਆ ਕਿਉਂਕਿ ਗਰੀਬ ਲੋਕ ਲੋੜੀਂਦਾ ਡਾਕਟਰੀ ਇਲਾਜ ਕਰਵਾਉਣ ਤੋਂ ਅਸਮਰੱਥ ਸਨ, ਜਿਸ ਦਾ ਸਿੱਟਾ ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਬਿਮਾਰੀ ਅਤੇ ਅਖੀਰ ਨੂੰ ਮੌਤ ਦੇ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਨਿਕਲਿਆ।

ਖ) ਮੁਫ਼ਤ ਬਾਜ਼ਾਰ ਦਾ ਵਿਚਾਰ 'ਨਿੱਜੀ ਸੰਭਾਲ' ਉਤੇ ਅਧਾਰਤ ਸੀ, ਜਿਸ ਨੂੰ 'ਨਿੱਜੀ' ਵਸਤੂ ਸਮਝਿਆ ਜਾਂਦਾ ਸੀ ਪਰ ਚਿੱਲੀ ਅਤੇ ਕੋਲੰਬੀਆ ਵਰਗੇ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਲਾਤੀਨੀ ਅਮਰੀਕੀ

ਦੇਸ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ, ਸਥਾਨਕ ਲੋਕਾਂ ਦੀ ਬਰਾਬਰੀ ਅਤੇ ਕੁਸ਼ਲਤਾ ਦੀ ਗੁਣਵੱਤਾ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਸੁਧਾਰ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ ਜਦ ਕਿ ਨਿੱਜੀ ਬੀਮਾ ਕੰਪਨੀਆਂ, ਸਲਾਹਕਾਰ ਫਰਮਾਂ, ਨਿੱਜੀ ਦਵਾਈ ਕੰਪਨੀਆਂ ਅਤੇ ਨਿੱਜੀ ਹਸਪਤਾਲਾਂ ਨੇ ਮੋਟਾ ਮੁਨਾਫ਼ਾ ਕਮਾਇਆ।

ਅੱਜਕੱਲ੍ਹ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਵਿਕਾਸਸ਼ੀਲ ਤੇ ਵਿਕਸਤ ਦੇਸ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਜਨਤਕ-ਨਿੱਜੀ ਭਾਈਵਾਲੀ, ਆਧੁਨਿਕਤਾਵਾਦ, ਪੈਸੇ ਦੀ ਕੀਮਤ, ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਆਦਿ ਮੂਲ ਅੰਤਰ ਬਣੇ ਹੋਏ ਹਨ। ਪਰ, ਕਿਊਬਾ, ਚੀਨ, ਕੋਸਟਾ ਰੀਕਾ, ਮਲੇਸ਼ੀਆ, ਸ੍ਰੀਲੰਕਾ, ਰਵਾਂਡਾ, ਵੈਂਜੂਏਲਾ ਅਤੇ ਥਾਈਲੈਂਡ ਵਿੱਚ ਕੁੱਝ ਬਦਲਵੀਆਂ ਸਿਹਤ ਪ੍ਰਣਾਲੀਆਂ ਕੰਮ ਕਰ ਰਹੀਆਂ ਹਨ। ਸੰਨ 2002 ਤੋਂ ਥਾਈਲੈਂਡ ਵਿੱਚ ਸਾਰੇ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਪੈਸੇ ਦੇ ਬਰਾਬਰ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦਿੱਤੀਆਂ ਜਾ ਰਹੀਆਂ ਹਨ ਅਤੇ ਹੁਣ ਦੇਸ਼ ਵਿੱਚ ਸਾਰੇ ਹਸਪਤਾਲਾਂ ਦੇ 77 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਬੈੱਡ ਜਨਤਕ ਖੇਤਰ ਵਿੱਚ ਹਨ (2012)। ਕਿਊਬਾ ਸਾਰੇ ਬਜ਼ੁਰਗਾਂ ਦੇ ਮੋਤੀਏ ਦੇ ਅਪਰੇਸ਼ਨ ਜਨਤਕ ਹਸਪਤਾਲਾਂ ਵਿੱਚ ਕਰਨ ਦੀ ਲੰਮੀ ਤੇ ਚਿਰਸਥਾਈ ਮੁਹਿੰਮ ਲਈ ਮਸ਼ਹੂਰ ਹੈ। ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਰਾਬਰੀ ਦੇ ਅਧਾਰ ਉਤੇ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ ਜਿਸ ਤਹਿਤ ਡਾਕਟਰਾਂ ਤੇ ਨਰਸਾਂ ਲਈ ਦਿਹਾਤੀ ਖੇਤਰ ਵਿੱਚ ਤਿੰਨ ਸਾਲ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰੀ ਸੇਵਾ ਜਿਹੀਆਂ ਸ਼ਰਤਾਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ ਅਤੇ ਪੂਰੇ ਥਾਈਲੈਂਡ ਵਿੱਚ ਸ਼ਹਿਰੀ ਹਸਪਤਾਲਾਂ ਤੋਂ ਮੁੱਢਲੀ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਲਈ ਪੈਸਾ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਵਾਉਣ ਦਾ ਇਨਕਲਾਬੀ ਬਦਲਾਅ ਵੀ ਆਇਆ ਹੈ। ਉੱਥੇ ਸਿਹਤ ਉਤੇ ਖਰਚ 2001 ਦੇ ਕੁੱਲ ਘਰੇਲੂ ਉਤਪਾਦ ਦੇ 1.7 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਤੋਂ ਵਧ ਕੇ 2008 ਵਿੱਚ 2.7 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਹੋ ਗਿਆ ਪਰ ਇਹ ਹਾਲੇ ਵੀ ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਹੈ; ਅਤੇ 10,000 ਮਰੀਜ਼ਾਂ ਪਿੱਛੇ ਤਿੰਨ ਹੀ ਡਾਕਟਰ ਹਨ ਜੋ ਕਿ ਮਲੇਸ਼ੀਆ ਵਿੱਚ 9.4, ਫਿਲੀਪੀਨਜ਼ ਵਿੱਚ 11.5, ਵੀਅਤਨਾਮ ਵਿੱਚ 12.2 ਅਤੇ ਸਿੰਗਾਪੁਰ ਵਿੱਚ 18.3 ਹਨ। ਘੱਟ ਤਨਖ਼ਾਹ ਕਰਕੇ ਨਰਸਾਂ ਦੀ ਵੀ ਘਾਟ ਹੈ (ਆਕਰਸ਼ਕ ਤਨਖ਼ਾਹ ਕਰਕੇ ਉਹ ਸਿੰਗਾਪੁਰ ਜਾ ਰਹੀਆਂ ਹਨ)।

ਸਿੱਟੇ ਵਜੋਂ ਦਹਿਸਦੀ ਵਿਕਾਸ ਟੀਚੇ (ਐੱਮ ਡੀ ਜੀ) ਸੰਯੁਕਤ ਰਾਸ਼ਟਰ ਦੇ ਮੈਂਬਰਾਂ ਵਲੋਂ ਸਰਬਸਮਤੀ ਨਾਲ ਐਲਾਨ ਕੀਤੇ ਗਏ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਸਿਹਤ ਨਾਲ ਸਬੰਧਿਤ ਹਨ:

ੳ) 1990 ਤੋਂ 2015 ਦਰਮਿਆਨ ਭੁੱਖਮਰੀ ਦਾ ਸ਼ਿਕਾਰ ਲੋਕਾਂ ਦੇ ਅਨੁਪਾਤ ਨੂੰ ਅੱਧਾ ਕਰਨਾ।

ਅ) 1990 ਤੋਂ 2015 ਦਰਮਿਆਨ 5 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਬੱਚਿਆਂ ਦੀ ਮੌਤ ਦਰ ਨੂੰ ਦੋ ਤਿਹਾਈ ਘੱਟ ਕਰਨਾ।

ੲ) 1990 ਤੋਂ 2015 ਦਰਮਿਆਨ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਜਨਮ ਦੇਣ ਵਾਲੀਆਂ ਮਾਵਾਂ ਦੀ ਮੌਤ ਦੇ ਅਨੁਪਾਤ ਨੂੰ ਤਿੰਨ ਚੁਥਾਈ ਘੱਟ ਕਰਨਾ।

ਸ) 2015 ਤੱਕ ਪ੍ਰਜਣਨ ਸਿਹਤ ਲਈ ਹਰੇਕ ਥਾਂ ਪਹੁੰਚ ਹਾਸਲ ਕਰਨਾ।

ਹ) 2015 ਤੱਕ ਐੱਚ ਆਈ ਵੀ/ਏਡਜ਼ ਦੇ ਫੈਲਾਅ ਨੂੰ ਰੋਕ ਕੇ ਰੁਝਾਨ ਵਿੱਚ ਤਬਦੀਲੀ ਕਰਨਾ।

ਕ) 2015 ਤੱਕ ਮਲੇਰੀਆ ਅਤੇ ਦੂਜੀਆਂ ਪ੍ਰਮੁੱਖ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਉਤੇ ਕਾਬੂ ਪਾ ਕੇ ਰੁਝਾਨ ਵਿੱਚ ਤਬਦੀਲੀ ਕਰਨਾ।

ਖ) 2015 ਤੱਕ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਪੀਣ ਵਾਲੇ ਪਾਣੀ ਅਤੇ ਬੁਨਿਆਦੀ ਸਾਫ਼-ਸਫ਼ਾਈ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਨਾ ਰੱਖਣ ਵਾਲੀ ਜਨਸੰਖਿਆ ਦੇ ਅਨੁਪਾਤ ਨੂੰ ਅੱਧਾ ਕਰਨਾ।

ਵਿਸ਼ਵ ਸਿਹਤ ਸੰਸਥਾ (2015) ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ 5 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਬੱਚਿਆਂ ਵਿੱਚ ਹੋਣ ਵਾਲੀਆਂ ਮੌਤਾਂ ਦਾ 45 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਕਾਰਨ ਘੱਟ ਪੋਸ਼ਣ ਜਾਂ ਕੁਪੋਸ਼ਣ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। 1990-2013 ਦੌਰਾਨ ਵਿਕਾਸਸ਼ੀਲ ਦੇਸ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਘੱਟ ਭਾਰ ਵਾਲੇ ਬੱਚਿਆਂ ਦਾ ਅਨੁਪਾਤ 28 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਹੋਣ ਦੀ ਆਸ ਹੈ, ਭੁੱਖਮਰੀ ਦੀ ਸ਼ਿਕਾਰ ਜਨਤਾ ਦੇ ਅਨੁਪਾਤ ਨੂੰ ਅੱਧਾ ਕਰਨ ਦੀ ਤੁਲਨਾ ਵਿੱਚ (ਵਿਸ਼ਵ ਭਰ ਵਿੱਚ 1990 ਦੇ 25 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਤੋਂ ਘਟ ਕੇ ਇਹ ਅੰਕੜਾ 2013 ਵਿੱਚ 15 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਉਤੇ ਆ ਗਿਆ। ਇਸ ਸੂਚਕ ਦਾ ਐੱਮ ਡੀ ਜੀ ਟੀਚਾ ਵਿਸ਼ਵ ਸਿਹਤ ਸੰਸਥਾ ਦੇ ਉੱਤਰੀ ਤੇ ਦੱਖਣੀ ਅਮਰੀਕਾ, ਯੂਰਪੀ ਖੇਤਰ ਅਤੇ ਪੱਛਮੀ ਪੈਸੇਫਿਕ ਖੇਤਰ ਵਿੱਚ ਤਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਲਿਆ ਗਿਆ ਪਰ ਪੂਰਬੀ ਮੈਡੀਟ੍ਰੇਨੀਅਨ ਖੇਤਰ, ਦੱਖਣੀ-ਪੂਰਬੀ ਏਸ਼ੀਆ ਖੇਤਰ ਅਤੇ ਅਫਰੀਕਨ ਖੇਤਰ ਵਿੱਚ ਅਜਿਹਾ ਨਹੀਂ ਹੋ ਸਕਿਆ। ਭਾਰਤ ਵਿੱਚ ਲਗਭਗ 47 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਬੱਚੇ ਘੱਟ ਭਾਰ ਦਾ ਸ਼ਿਕਾਰ ਹਨ। ਇਸੇ ਪ੍ਰਕਾਰ, ਵਿਸ਼ਵ ਭਰ ਵਿੱਚ ਸਰੀਰਕ ਵਿਕਾਸ ਵਿੱਚ ਖੜੋਤ ਵਾਲੇ ਬੱਚਿਆਂ ਦੀ ਗਿਣਤੀ 1990-2013 ਦੌਰਾਨ 257 ਮਿਲੀਅਨ ਤੋਂ ਘਟ ਕੇ 161 ਮਿਲੀਅਨ ਰਹਿ ਗਈ, ਮਤਲਬ 37 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਗਿਰਵਾਟ ਆਈ। ਅਸੀਂ ਇਸ ਟੀਚੇ ਨੂੰ ਹਾਸਲ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕੇ।

ਦੂਜਾ, 190-2013 ਦੌਰਾਨ 5 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੀ ਮੌਤ ਦਰ ਵਿੱਚ 49 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਦੀ ਗਿਰਾਵਟ ਆਈ (ਦੋ ਤਿਹਾਈ ਘੱਟ ਕਰਨ ਦੇ ਟੀਚੇ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ), ਜੋ ਪ੍ਰਤਿ 1000, 90 ਜਨਮ ਤੋਂ ਪ੍ਰਤਿ 1000, 46 ਜਨਮਾਂ ਤੱਕ ਆ ਗਈ (2013 ਵਿੱਚ ਭਾਰਤ ਅੰਦਰ ਇਹ ਅੰਕੜਾ 42 ਸੀ) – ਮਤਲਬ ਵਿਸ਼ਵ ਭਰ ਵਿੱਚ 1990 ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ 2013 ਵਿੱਚ ਰੋਜ਼ਾਨਾ 17,000 ਘੱਟ ਬੱਚਿਆਂ ਦੀ ਮੌਤ ਹੋਈ। ਦੁਨੀਆਂ ਭਰ ਵਿੱਚ ਨਵਜਨਮੇ ਬਾਲਾਂ ਦੀਆਂ ਮੌਤਾਂ 1990 ਦੇ 4.7 ਮਿਲੀਅਨ ਤੋਂ ਘਟ ਕੇ 2013 ਵਿੱਚ 2.8 ਤੱਕ ਘਟ ਗਈਆਂ ਅਤੇ ਨਵਜਨਮੇ ਬੱਚਿਆਂ ਦੀ ਮੌਤ ਦਰ ਇਸੇ ਸਮੇਂ ਦੌਰਾਨ ਪ੍ਰਤਿ ਇੱਕ ਹਜ਼ਾਰ ਜਨਮ 33 ਤੋਂ ਘਟ ਕੇ 22 ਉਤੇ ਆ ਗਈ (39 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ)। ਖੇਤਰ ਵਾਰ ਪੰਜ ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਬੱਚਿਆਂ ਦੀ ਮੌਤ ਦਰ ਬਾਰੇ ਪ੍ਰਾਪਤੀ ਨੂੰ ਵੇਖਦਿਆਂ ਇਹ ਖੁਲਾਸਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਕਿ 2013 ਤੱਕ ਅਫਰੀਕੀ ਖੇਤਰ ਵਿੱਚ (ਜਿਸ ਵਿੱਚ 47 ਦੇਸ਼ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ) 6 ਦੇਸ਼ਾਂ ਵਲੋਂ ਦੋ ਤਿਹਾਈ ਘੱਟ ਕਰਨ ਦਾ ਟੀਚਾ ਹਾਸਲ ਕਰ ਲਿਆ ਗਿਆ ਜਦ ਕਿ 2 ਦੇਸ਼ ਲੀਹ ਉਤੇ ਹਨ, 24 ਦੇਸ਼ ਅੱਧ ਵਿਚਕਾਰ ਹਨ ਅਤੇ 3 ਦੇਸ਼ ਅੱਧ ਤੋਂ ਪਿਛਾਂਹ ਹਨ। ਦੱਖਣ-ਪੂਰਬੀ ਏਸ਼ੀਆ ਖੇਤਰ (11 ਦੇਸ਼) ਦੇ 5 ਦੇਸ਼ਾਂ ਵਲੋਂ ਇਹ ਟੀਚਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਲਿਆ ਗਿਆ ਹੈ, 2 ਲੀਹ ਉਤੇ ਹਨ ਜਦ ਕਿ 4 ਅੱਧ ਵਿਚਕਾਰ ਹਨ। ਅੱਧ ਤੋਂ ਪਿੱਛੇ ਕੋਈ ਦੇਸ਼ ਨਹੀਂ। ਯੂਰਪੀ ਖੇਤਰ (53 ਦੇਸ਼) ਵਿੱਚ 23 ਦੇਸ਼ਾਂ ਨੇ ਇਹ ਟੀਚਾ ਹਾਸਲ ਕਰ ਲਿਆ ਹੈ। 4 ਲੀਹ ਉਤੇ ਹਨ ਜਦ ਕਿ 26 ਦੇਸ਼ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ ਅੱਧ ਵਿੱਚ ਹਨ ਅਤੇ ਅੱਧ ਤੋਂ ਪਿੱਛੇ ਕੋਈ ਨਹੀਂ। ਪੂਰਬੀ ਮੈਡੀਟ੍ਰੇਨੀਅਨ ਖੇਤਰ (21 ਦੇਸ਼) ਵਿੱਚ 6 ਦੇਸ਼ਾਂ ਨੇ ਟੀਚਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਲਿਆ ਹੈ, 2 ਲੀਹ ਉਤੇ ਹਨ, 12 ਅੱਧ ਵਿਚਕਾਰ ਜਦ ਕਿ 1 ਅੱਧ ਤੋਂ ਪਛੜਿਆ ਹੋਇਆ ਹੈ। ਪੱਛਮੀ ਪੈਸਫਿਕ ਖੇਤਰ (27 ਦੇਸ਼)

ਵਿੱਚ 3 ਦੇਸ਼ਾਂ ਨੇ ਟੀਚਾ ਹਾਸਲ ਕਰ ਲਿਆ ਹੈ, ਲੀਹ ਉਤੇ ਕੋਈ ਨਹੀਂ ਜਦ ਕਿ 18 ਅੱਧ ਵਿੱਚ ਅਤੇ 6 ਅੱਧ ਤੋਂ ਪਿੱਛੇ ਹਨ। ਵਿਸ਼ਵ ਭਰ ਵਿੱਚ (194 ਦੇਸ਼) 48 (25 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ) ਨੇ ਟੀਚਾ ਹਾਸਲ ਕਰ ਲਿਆ ਹੈ, 13 (7 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ) ਲੀਹ ਉਤੇ ਹਨ, 109 (56 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ) ਘੱਟੋ-ਘੱਟ ਅੱਧ ਵਿੱਚ ਹਨ ਅਤੇ 24 (12 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ) ਅੱਧ ਤੋਂ ਪਿੱਛੇ ਹਨ, ਇਸ ਪ੍ਰਕਾਰ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਦੇਸ਼ 2015 ਤੱਕ ਪੰਜ ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਬੱਚਿਆਂ ਦੀ ਮੌਤ ਦਰ ਨੂੰ ਦੋ ਤਿਹਾਈ ਘੱਟ ਕਰਨ ਦਾ ਟੀਚਾ ਹਾਸਲ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕੇ। ਪੰਜ ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਵਿੱਚ ਮੌਤ ਦੇ ਪ੍ਰਮੁੱਖ ਕਾਰਨ ਹਨ : 1) ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਜਨਮ ਦੀਆਂ ਜਟਿਲਤਾਵਾਂ (17 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ), 2) ਨਮੂਨੀਆ (15 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ), 3) ਜਨਮ ਸਮੇਂ ਦਮ ਘੁੱਟ ਜਾਣਾ (11 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ), 4) ਦਸਤ (9 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ), 5) ਮਲੇਰੀਆ (7 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ), 6) ਪੈਦਾਇਸ਼ੀ ਨੁਕਸ (7 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ) ਅਤੇ 7) ਨਵਜਾਤ ਬਾਲਾਂ ਵਿੱਚ ਸੰਕਰਮਣ (ਇਨਫੈਕਸ਼ਨ)। ਅਸਲ ਵਿਚ, ਜਨਮ ਸਮੇਂ ਦਾ ਕਾਲਖੰਡ (ਪਹਿਲੇ 28 ਦਿਨ) ਬੱਚੇ ਦੇ ਜੀਵਨ ਵਾਸਤੇ ਸਭ ਤੋਂ ਖ਼ਤਰਨਾਕ ਸਮਾਂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। 2013 ਵਿੱਚ 5 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੀਆਂ ਲਗਭਗ 44 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਮੌਤਾਂ ਜਨਮ ਸਮੇਂ ਦੌਰਾਨ ਹੋਈਆਂ ਜੋ 1990 ਵਿੱਚ 37 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਸਨ। ਫਿਰ ਵੀ, ਦੁਨੀਆਂ ਭਰ ਵਿੱਚ ਟੀਕਾਕਰਨ ਵਿੱਚ ਵੱਡਾ ਵਾਧਾ ਹੋਇਆ ਹੈ, ਮਤਲਬ 2000-2013 ਦੌਰਾਨ ਖਸਰੇ ਦੇ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ 72 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਕਮੀ ਆਈ (146 ਤੋਂ 40 ਮਾਮਲੇ ਪ੍ਰਤਿ ਮਿਲੀਅਨ ਜਨਸੰਖਿਆ)। 2000-2013 ਦੌਰਾਨ ਦੁਨੀਆਂ ਭਰ ਵਿੱਚ 5 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਬੱਚਿਆਂ ਦੀਆਂ ਖਸਰੇ ਕਾਰਨ ਹੋਣ ਵਾਲੀਆਂ ਮੌਤਾਂ ਵਿੱਚ 74 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਕਮੀ ਆਈ (4,81,000 ਤੋਂ 1,24,000।

ਤੀਜਾ, 1990-2013 ਦੌਰਾਨ ਦੁਨੀਆਂ ਭਰ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਤਿ ਹਜ਼ਾਰ ਜਨਮ ਮਾਵਾਂ ਦੀ ਮੌਤ ਦਰ ਅਨੁਪਾਤ ਵਿੱਚ 45 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਦੀ ਗਿਰਾਵਟ ਆਈ (5,23,000 ਤੋਂ 2,89,000) ਜੋ ਦੋ ਤਿਹਾਈ ਗਿਰਾਵਟ ਦੀ ਤੁਲਨਾ ਵਿੱਚ ਸੀ। ਇਸ ਪ੍ਰਕਾਰ ਇਹ ਟੀਚੇ ਤੋਂ ਕਾਫੀ ਪਿੱਛੇ ਸੀ। ਬਦਕਿਸਮਤੀ ਨੂੰ 89 ਦੇਸ਼ਾਂ, ਜਿੱਥੇ 1990 ਵਿੱਚ ਮਾਵਾਂ ਦੀ ਮੌਤ ਦੀ ਦਰ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਸੀ (100 ਜਾਂ ਇਸ ਤੋਂ ਵੱਧ), ਇਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ 13 ਦੇਸ਼ਾਂ ਨੇ ਇਸ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਤਰੱਕੀ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ, ਜਿੱਥੇ ਮੌਤਾਂ ਦੀ ਸਾਲਾਨਾ ਦਰ ਵਿੱਚ ਗਿਰਾਵਟ 2 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਤੋਂ ਵੀ ਘੱਟ ਸੀ। ਮਾਵਾਂ ਦੀ ਮੌਤ ਦੇ ਮੁੱਖ ਕਾਰਨ ਖ਼ੂਨ ਦਾ ਜ਼ਿਆਦਾ ਵਗਣਾ (27 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ), ਗਰਭ ਦੇ ਉੱਚ ਰਕਤਚਾਪ ਦੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ (14 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ) ਅਤੇ ਜ਼ਖ਼ਮਾਂ ਦਾ ਨਾ ਭਰਨਾ ਜਾਂ ਸੜਨਾ (11 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ) ਹਨ। ਇਸ ਪ੍ਰਕਾਰ ਅਸੀਂ ਇਹ ਟੀਚਾ ਹਾਸਲ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕੇ।

ਚੌਥਾ, 1990-2012 ਦੌਰਾਨ ਪ੍ਰਜਨਨ ਸਿਹਤ ਤੱਕ ਹਰੇਕ ਥਾਂ ਪਹੁੰਚ ਦੇ ਸੰਦਰਭ ਵਿੱਚ, ਔਰਤਾਂ (15-49 ਸਾਲ) ਦੁਆਰਾ ਗਰਭ ਨਿਰੋਧਕਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਦੁਨੀਆਂ ਭਰ ਵਿੱਚ 55 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਤੋਂ ਵਧ ਕੇ 64 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਹੋ ਗਈ ਅਤੇ 'ਅਪੂਰਨ ਲੋੜ/ (ਗਰਭ ਨਿਰੋਧਕ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਨਾ ਕਰਨੀ) 15 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਤੋਂ ਘਟ ਕੇ 12 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਉਤੇ ਆ ਗਈ - ਪਰ ਅਫਰੀਕੀ ਖੇਤਰ ਦੀ ਅਪੂਰਨ ਲੋੜ ਹਾਲੇ ਵੀ 24 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਹੈ। ਦੁਨੀਆਂ ਭਰ ਵਿੱਚ 83 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਗਰਭਵਤੀ ਔਰਤਾਂ ਨੂੰ, ਗਰਭ ਅਵਸਥਾ ਦੌਰਾਨ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ ਇਕ ਵਾਰ ਜਨਮ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਈ ਪਰ ਸਿਰਫ਼ 64 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਗਰਭਵਤੀ ਔਰਤਾਂ ਨੂੰ ਹੀ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ 4 ਵਾਰ ਜਨਮ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਜਾਂਚ ਅਧੀਨ ਲਿਆਂਦਾ ਗਿਆ। ਅਫਰੀਕੀ ਖੇਤਰ ਅਤੇ ਘੱਟ ਆਮਦਨ ਵਾਲੇ ਦੇਸ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਸਿਰਫ਼ 51 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਗਰਭਵਤੀ ਔਰਤਾਂ ਨੂੰ ਹੀ ਜਣੇਪੇ ਸਮੇਂ ਹੁਨਰਮੰਦ ਨਰਸਾਂ ਦੇ ਅਮਲੇ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਈਆਂ।

ਪੰਜਵਾਂ, 2013 ਵਿੱਚ ਐੱਚ ਆਈ ਵੀ/ ਏਡਜ਼ ਤੋਂ ਪੀੜਤ 12.9 ਮਿਲੀਅਨ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਨੂੰ ਦੁਨੀਆਂ ਭਰ ਵਿੱਚ ਐਂਟੀ-ਰੈਟਰੋਵਾਇਰਲ ਇਲਾਜ (ਏ ਆਰ ਟੀ) ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਇਆ (ਇਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ 11.7 ਮਿਲੀਅਨ ਘੱਟ ਅਤੇ ਦਰਮਿਆਨੀ ਆਮਦਨ ਵਾਲੇ ਦੇਸ਼ਾਂ ਦੇ ਨਿਵਾਸੀ ਸਨ) 32.6 ਮਿਲੀਅਨ ਐੱਚ ਆਈ ਵੀ/ਏਡਜ਼ ਪੀੜਤਾਂ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ। ਅਜਿਹੇ ਇਲਾਜ ਕਾਰਨ ਐੱਚ ਆਈ ਵੀ ਮੌਤ ਦਰ 2005 ਦੇ 2.4 ਮਿਲੀਅਨ ਤੋਂ ਘਟ ਕੇ 2013 ਵਿੱਚ 1.5 ਮਿਲੀਅਨ ਰਹਿ ਗਈ। ਇਸ ਪ੍ਰਕਾਰ ਅਸੀਂ 2015 ਤੱਕ ਐੱਚ ਆਈ ਵੀ ਦੇ ਫੈਲਾਅ ਨੂੰ ਰੋਕਣ ਦਾ ਟੀਚਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕੇ ਨਾ ਹੀ ਐੱਚ ਆਈ ਵੀ/ਏਡਜ਼ ਦੇ ਹਰੇਕ ਥਾਂ ਇਲਾਜ ਦਾ ਟੀਚਾ ਹਾਸਲ ਕਰ ਸਕੇ ਹਾਂ।

ਛੇਵਾਂ ਦੁਨੀਆਂ ਭਰ ਦੇ 3.20 ਬਿਲੀਅਨ ਲੋਕ ਮਲੇਰੀਆ ਅਤੇ ਦੂਜੀਆਂ ਵੱਡੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਦੇ ਸੰਕ੍ਰਮਣ ਦੇ ਖ਼ਤਰੇ ਹੇਠ ਹਨ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ 1.2 ਬਿਲੀਅਨ ਬਹੁਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਖ਼ਤਰੇ ਵਿੱਚ ਹਨ। 2013 ਵਿੱਚ ਦੁਨੀਆਂ ਵਿੱਚ ਮਲੇਰੀਆ ਦੇ 198 ਮਿਲੀਅਨ ਮਾਮਲੇ ਸਾਹਮਣੇ ਆਏ (2000 ਵਿੱਚ 27 ਮਿਲੀਅਨ) ਜਿਸ ਨਾਲ 5,84,000 ਮੌਤਾਂ ਹੋਈਆਂ ਜਿਸ ਵਿੱਚੋਂ 90 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਅਫਰੀਕੀ ਖੇਤਰ ਵਿੱਚ ਹੋਈਆਂ। ਮਲੇਰੀਆ ਕਾਰਨ 5 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ 78 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਬਾਲ ਮੌਤ ਦੇ ਮੂੰਹ ਜਾ ਪੈਂਦੇ ਹਨ। 2000-2013 ਦੌਰਾਨ ਦੁਨੀਆਂ ਭਰ ਵਿੱਚ ਮਲੇਰੀਏ ਕਾਰਨ ਹੋਣ ਵਾਲੀਆਂ ਮੌਤਾਂ ਦੀ ਦਰ ਵਿੱਚ 47 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਦੀ ਕਮੀ ਆਈ, ਅਫਰੀਕੀ ਖੇਤਰ ਵਿੱਚ ਇਹ ਗਿਰਾਵਟ 54 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਸੀ ਅਤੇ ਵਿਸ਼ਵ ਵਿੱਚ 5 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਬੱਚਿਆਂ ਵਿੱਚ ਇਹ ਦਰ 53 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਸੀ। 2013 ਵਿੱਚ ਉਪ-ਸਹਾਰਾ ਅਫਰੀਕੀ ਖੇਤਰਾਂ ਦੀ 44 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਖ਼ਤਰੇ ਹੇਠਲੀ ਵਸੋਂ ਕੀਟਨਾਸ਼ਕ ਭਿੱਜੀ ਮੱਛਰਦਾਨੀ ਵਿੱਚ ਸੌਂ ਰਹੀ ਸੀ ਜਦ ਕਿ 2004 ਵਿੱਚ ਇਹ ਸੰਖਿਆ ਸਿਰਫ਼ 2 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਸੀ। ਕੁੱਲ ਮਿਲਾ ਕੇ 64 ਦੇਸ਼ਾਂ ਨੇ ਮਲੇਰੀਏ ਦੇ ਮਾਮਲਿਆਂ ਨੂੰ ਰੋਕਣ ਦਾ ਐੱਮ ਡੀ ਜੀ ਟੀਚਾ ਹਾਸਲ ਕੀਤਾ ਹੈ। 2000-2013 ਦੌਰਾਨ ਵਿਸ਼ਵ ਵਿੱਚ ਟੀ ਬੀ ਦੇ ਨਵੇਂ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਸਾਲਾਨਾ ਔਸਤਨ ਦਰ ਵਿੱਚ 1.5 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਦੀ ਕਮੀ ਆਈ ਅਤੇ 1990-2013 ਦੌਰਾਨ ਦੁਨੀਆਂ ਵਿੱਚ ਟੀ ਬੀ ਹੋਣ ਦੇ ਮਾਮਲਿਆਂ ਦੀ ਦਰ ਵਿੱਚ 41 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਕਮੀ ਆਈ ਜਿਸ ਨਾਲ ਮੌਤ ਦੀ ਦਰ ਵਿੱਚ 45 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਗਿਰਾਵਟ ਆਈ। 2007 ਤੋਂ ਉੱਚ ਵਿਸ਼ਵ ਇਲਾਜ ਸਫਲਤਾ ਦਰ (85 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ) ਨੂੰ ਬਣਾਈ ਰੱਖਿਆ ਗਿਆ ਹੈ ਪਰ 2013 ਵਿੱਚ ਲਗਭਗ 1.5 ਮਿਲੀਅਨ ਲੋਕ ਦੁਨੀਆਂ ਭਰ ਵਿੱਚ ਟੀ ਬੀ ਕਾਰਨ ਮਰ ਗਏ। ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੁਨੀਆਂ ਭਰ ਵਿੱਚ ਮਲੇਰੀਆ ਅਤੇ ਟੀ ਬੀ ਦੇ ਮਾਮਲਿਆਂ ਨੂੰ ਠੱਲ੍ਹ ਪਾਉਣ ਦਾ ਐੱਮ ਡੀ ਜੀ ਟੀਚਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਲਿਆ ਗਿਆ ਹੈ। 2020 ਤੱਕ ਕੋਹੜ ਦੇ ਖਾਤਮੇ ਦੇ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ, 2005 ਵਿੱਚ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੀ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਤੋਂ ਲੈ ਕੇ ਅਜਿਹੇ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ 75 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ

ਗਿਰਾਵਟ ਦਰਜ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ। ਲਿੰਫੈਟਿਕ ਫਿਕਾਰੀਸਿਸ ਦੇ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ 2000 ਤੋਂ ਲੈ ਕੇ ਇਸ ਦੇ ਫੈਲਾਅ ਨੂੰ ਰੋਕਣ ਲਈ ਪੰਜ ਬਿਲੀਅਨ ਲੋਕਾਂ ਦਾ ਇਲਾਜ ਕੀਤਾ ਜਾ ਚੁੱਕਾ ਹੈ ਅਤੇ ਮਹਾਂਮਾਰੀ ਤੋਂ ਪੀੜਤ 39 ਦੇਸ਼ 2020 ਤੱਕ ਇਸ ਤੋਂ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਨਿਜਾਤ ਪਾਉਣ ਦੇ ਰਸਤੇ ਉਤੇ ਚੱਲ ਰਹੇ ਹਨ।

ਸੱਤਵਾਂ, ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਪੀਣ ਵਾਲੇ ਪਾਣੀ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਨਾ ਰੱਖਣ ਵਾਲੀ ਜਨਸੰਖਿਆ ਦੇ ਅਨੁਪਾਤ ਨੂੰ ਅੱਧਾ ਕਰਨ ਦਾ ਐੱਮ ਡੀ ਜੀ ਟੀਚਾ ਵਿਸ਼ਵ ਪੱਧਰ ਉਤੇ 2010 ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰ ਲਿਆ ਗਿਆ ਪਰ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਪੱਧਰ ਉਤੇ ਸਿਰਫ਼ 116 ਦੇਸ਼ਾਂ ਵਲੋਂ ਟੀਚੇ ਦੀ ਪ੍ਰਾਪਤੀ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ ਅਤੇ 45 ਦੇਸ਼ ਅਜੇ ਪਟੜੀ ਉਤੇ ਨਹੀਂ ਆਏ। 2012 ਵਿੱਚ 748 ਮਿਲੀਅਨ ਲੋਕ ਹਾਲੇ ਵੀ ਇਸ ਤੋਂ ਵਾਂਝੇ ਸਨ ਅਤੇ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਖੇਤਰਾਂ, ਸ਼ਹਿਰੀ ਤੇ ਪੇਂਡੂ ਖੇਤਰਾਂ, ਵੱਖ-ਵੱਖ ਸਮਾਜਕ-ਆਰਥਿਕ ਵਰਗਾਂ ਦਰਮਿਆਨ ਨਾਬਰਾਬਰੀ ਮੌਜੂਦ ਹੈ। ਦੂਜੇ ਪਾਸੇ, ਮੁੱਢਲੀ ਸਾਫ਼-ਸਫ਼ਾਈ ਤੋਂ ਵਾਂਝੀ ਵਸੋਂ ਦੇ ਅਨੁਪਾਤ ਨੂੰ ਅੱਧਾ ਕਰਨ ਦਾ ਐੱਮ ਡੀ ਜੀ ਟੀਚਾ ਪੂਰਾ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਿਆ। ਲਗਭਗ 1 ਬਿਲੀਅਨ ਲੋਕ (ਦੁਨੀਆਂ ਦੀ ਜਨਸੰਖਿਆ ਦਾ 14 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ) ਕੋਲ ਪਖ਼ਾਨੇ ਨਹੀਂ ਹਨ, ਜਿਸ ਕਰਕੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਖੁੱਲ੍ਹੇ ਵਿੱਚ ਹਾਜਤ ਲਈ ਜਾਣਾ ਪੈਂਦਾ ਹੈ। ਭਾਰਤ ਵਿੱਚ ਲਗਭਗ 55 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਵਿਅਕਤੀ ਖੁੱਲ੍ਹੇ ਵਿੱਚ ਹਾਜਤ ਲਈ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਇਸ ਨਾਲ ਵੱਡੀ ਪੱਧਰ ਉਤੇ ਵਾਤਾਵਰਨ ਵਿੱਚ ਗੰਦਗੀ ਪੈਦਾ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਜੈਵਿਕ ਸੰਕ੍ਰਮਣ, ਹੈਜ਼ਾ, ਕੁਕਰੇ, ਹੈਪੇਟਾਈਟਸ ਅਤੇ ਸਕਿਸਟੋਸੋਮਾਈਸਿਸ ਹੋਣ ਦਾ ਖ਼ਤਰਾ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਦੁਨੀਆਂ ਭਰ ਦੇ ਖੁੱਲ੍ਹੇ ਵਿੱਚ ਹਾਜਤ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਲਗਭਗ 40 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਵਿਅਕਤੀ ਦਿਹਾਤੀ ਖੇਤਰਾਂ ਵਿੱਚ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ।

ਅੱਠਵਾਂ, ਅਸੀਂ ਵਿਕਾਸਸ਼ੀਲ ਦੇਸ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਸਸਤੇ ਭਾਅ ਦੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਵਾਉਣ ਦੇ ਐੱਮ ਡੀ ਜੀ ਟੀਚੇ ਨੂੰ ਹਾਸਲ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕੇ ਕਿਉਂਕਿ ਚੋਣਵੇਂ ਜ਼ਰੂਰੀ (ਜੈਨਰਿਕ) ਦਵਾਈਆਂ, ਘੱਟ ਅਤੇ ਦਰਮਿਆਨੀ ਆਮਦਨ ਵਾਲੇ 21 ਦੇਸ਼ਾਂ ਦੀਆਂ ਸਿਰਫ਼ 55 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਜਨਤਕ ਖੇਤਰ ਦੀਆਂ ਸਹੂਲਤਾਂ ਵਿੱਚ ਹੀ ਉਪਲਬਧ ਸਨ। ਘੱਟ ਅਤੇ ਦਰਮਿਆਨੀ ਆਮਦਨ ਵਾਲੇ ਦੇਸ਼ਾਂ ਦੇ ਆਮ ਮਰੀਜ਼ ਅੰਤਰਰਾਸ਼ਟਰੀ ਹਵਾਲਾ ਕੀਮਤਾਂ ਨਾਲੋਂ ਦੋ ਤੋਂ ਤਿੰਨ ਗੁਣਾ ਵੱਧ ਕੀਮਤ ਅਦਾ ਕਰ ਰਹੇ ਹਨ। ਭਾਰਤ ਵਰਗੇ ਵਿਕਾਸਸ਼ੀਲ ਦੇਸ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਡਾਕਟਰੀ ਪੇਸ਼ਾ ਕਰਨ ਵਾਲੇ, ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਨਿੱਜੀ (ਪਰ ਕਈ ਸਰਕਾਰੀ ਵੀ) ਵੱਖ-ਵੱਖ ਦਵਾ ਕੰਪਨੀਆਂ ਦੇ ਡਾਕਟਰੀ ਪ੍ਰਤਿਨਿਧਾਂ ਨਾਲ ਮਿਲੀਭੁਗਤ ਕਰਕੇ ਮਹਿੰਗੀਆਂ, ਗ਼ੈਰ-ਜ਼ਰੂਰੀ ਤੇ ਜ਼ਿਆਦਾ ਦਵਾਈਆਂ ਅਤੇ ਟੈਸਟ ਲਿਖ ਦਿੰਦੇ ਹਨ, ਜੋ ਅਕਸਰ ਅਣਗਹਿਲੀ ਹੀ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਇਸ ਕਾਰਨ ਖਪਤਕਾਰ ਅਦਾਲਤਾਂ ਵਿੱਚ ਇਸ ਸਬੰਧੀ ਕਈ ਮਾਮਲੇ ਚੱਲ ਰਹੇ ਹਨ।

ਉੱਪਰ ਕੀਤੇ ਵਰਣਨ ਨੂੰ ਧਿਆਨ ਵਿੱਚ ਰੱਖਦਿਆਂ, ਅਸੀਂ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਇਸ ਨਤੀਜੇ ਉਤੇ ਪੁੱਜ ਸਕਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਸਾਰੇ ਹੀ ਵਿਕਾਸਸ਼ੀਲ ਦੇਸ਼ਾਂ (ਭਾਰਤ ਸਮੇਤ) ਨੂੰ ਸਹੀ ਅਰਥਾਂ ਵਿੱਚ 'ਸਾਰਿਆਂ ਲਈ ਸਿਹਤ' ਨੂੰ ਸਰਵੋਚ ਤਰਜੀਹ ਦੇਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਨਾ ਕੇਵਲ ਮਨੁੱਖੀ ਸ੍ਰੋਤ ਦਾ ਵਿਕਾਸ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਂਦੀ ਹੈ ਸਗੋਂ ਭਵਿੱਖੀ ਪੀੜ੍ਹੀਆਂ ਦੀ ਭਲਾਈ ਵੀ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਂਦੀ ਹੈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਜਾਤ, ਨਸਲ, ਲਿੰਗ, ਧਰਮ ਜਾਂ ਖੇਤਰ ਦੀ ਕੋਈ ਪਾਬੰਦੀ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਹਿੱਤਾਂ ਨੂੰ ਅਣਗੌਲਿਆ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ। ਇਸ ਕਰਕੇ ਵਿਕਾਸਸ਼ੀਲ ਦੇਸ਼ਾਂ ਨੂੰ ਸਿਹਤ ਲਈ ਆਪਣਾ ਬਜਟ ਵਧਾਉਣਾ ਪਵੇਗਾ (ਕੁੱਲ ਘਰੇਲੂ ਉਤਪਾਦ ਦੇ ਅਨੁਪਾਤ ਵਿੱਚ, ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਤੇ ਪ੍ਰਤਿ ਵਿਅਕਤੀ ਕੁੱਲ ਖਰਚ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਜਨਤਕ ਖਰਚ ਦਾ ਹਿੱਸਾ)।

ਭਾਰਤ ਵਿੱਚ ਅਸੀਂ ਸਿਹਤ ਤੇ ਕੁੱਲ ਘਰੇਲੂ ਉਤਪਾਦ ਦਾ ਸਿਰਫ਼ 10 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਦੇ ਲਗਭਗ ਖਰਚ ਕਰਦੇ ਹਾਂ ਅਤੇ ਸਾਡਾ ਜਨਤਕ ਖਰਚਾ ਸਿਰਫ਼ 30 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਹੈ ਜਦ ਕਿ ਜਾਪਾਨ 82 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ, ਓ ਈ ਸੀ ਡੀ (ਔਸਤ) 73 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ, ਕੈਨੇਡਾ 70 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ, ਸਵਿਟਜ਼ਰਲੈਂਡ 65 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ, ਅਮਰੀਕਾ 48 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਅਤੇ ਥਾਈਲੈਂਡ 72 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਖਰਚ ਕਰਦਾ ਹੈ ਜੋ ਭਾਰਤ ਨਾਲੋਂ ਕਿਤੇ ਜ਼ਿਆਦਾ ਹੈ (66.3 ਸਾਲ)। ਦੂਜੇ ਪਾਸੇ ਭਾਰਤ ਵਿੱਚ ਨਵਜੰਮੇ ਬੱਚਿਆਂ ਦੀ ਮੌਤ ਦਰ (ਪ੍ਰਤਿ ਹਜ਼ਾਰ 43.8) ਜਾਪਾਨ ਨਾਲੋਂ 20 ਗੁਣਾ (ਕ੍ਰਮਵਾਰ 4.1 ਅਤੇ 4.4), ਸਵਿਟਜ਼ਰਲੈਂਡ ਨਾਲੋਂ 11 ਗੁਣਾ (3.8), ਅਮਰੀਕਾ ਨਾਲੋਂ 7.5 ਗੁਣਾ (6.1) ਅਤੇ ਥਾਈਲੈਂਡ ਨਾਲੋਂ 4.5 ਗੁਣਾ (9.9) ਵੱਧ ਹੈ। ਕੇਰਲ ਨੇ ਸਾਲਾਂ ਬੱਧੀ ਸਿਹਤ ਉਤੇ ਸਿੱਖਿਆ ਨੂੰ ਸਮਾਜਕ ਖੇਤਰ ਨਾਲੋਂ ਤਰਜੀਹ ਦਿੰਦਿਆਂ ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਵਿਕਸਤ ਦੇਸ਼ਾਂ ਦਾ ਪੱਧਰ ਹਾਸਲ ਕਰ ਲਿਆ ਹੈ। ਬਾਕੀ ਦਾ ਭਾਰਤ ਇਸ ਨੂੰ ਹਾਸਲ ਕਿਉਂ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦਾ?

(ਲੇਖਕ ਸੂਚਨਾ ਤੇ ਪ੍ਰਸਾਰਣ ਮੰਤਰਾਲਾ ਦੇ ਐਡੀਸ਼ਨਲ ਸਕੱਤਤਰ ਅਤੇ ਵਿੱਤੀ ਸਲਾਹਕਾਰ ਹਨ।)

e-mail :sush84br@yahoo.com

ਸਫ਼ਾ 18 ਦੀ ਬਾਕੀ

ਜ਼ਿਲ੍ਹਾ ਸਿਹਤ ਯੋਜਨਾ ਦਾ ਖ਼ਾਕਾ ਤਿਆਰ ਕਰਨਾ ਵੀ ਸ਼ਾਮਿਲ ਹੈ। ਮਾਹਰਾਂ ਦੀ ਕਮੇਟੀ ਵਲੋਂ ਮੌਜੂਦਾ ਹਾਲਾਤ ਦਾ ਜਾਇਜ਼ਾ ਲੈ ਕੇ ਸੰਭਵ ਹੱਲ ਦੀ ਤਲਾਸ਼ ਕੀਤੀ ਜਾ ਰਹੀ ਹੈ। ਕਬਾਇਲੀ ਸਿਹਤ ਵਿਚ ਸਰਵੋਤਮ ਤਰੀਕਿਆਂ ਬਾਰੇ ਇਕ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਕਾਰਜਸ਼ਾਲਾ ਹਾਲ ਹੀ ਵਿੱਚ 'ਸਰਚ' (ਐੱਸ ਈ ਏ ਆਰ ਸੀ ਐੱਚ) ਵਲੋਂ ਗਡਚਿਰੌਲੀ ਵਿੱਚ ਆਯੋਜਿਤ ਕੀਤੀ ਗਈ - ਜੋ ਸ਼ਾਇਦ ਦੇਸ਼ ਵਿਚ ਪਹਿਲੀ ਅਜਿਹੀ ਕਾਰਜਸ਼ਾਲਾ ਹੈ। ਇਸ ਦੌਰਾਨ 23 ਸਰਵੋਤਮ ਤਰੀਕਿਆਂ ਦੀ ਪੇਸ਼ਕਾਰੀ ਅਤੇ ਵਿਚਾਰ ਚਰਚਾ ਕੀਤੀ ਗਈ।

ਸਾਨੂੰ ਇਸ ਮਾਹਰਾਂ ਦੇ ਸਮੂਹ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਦੀ ਉਡੀਕ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ। ਆਸ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਸਾਨੂੰ ਅਗਾਂਹ ਦਾ ਮਾਰਗ ਦਿਖਾਵੇਗੀ।

(ਲੇਖਕ ਐੱਮ ਡੀ, ਐੱਮ ਪੀ ਐੱਚ, ਡੀ ਐੱਸ ਸੀ (ਆਨਰੇਰੀ) ਪਿਛਲੇ 30 ਸਾਲਾਂ ਤੋਂ ਮਹਾਂਰਾਸ਼ਟਰ ਦੇ ਗਡਚਿਰੌਲੀ ਕਬਾਇਲੀ ਖੇਤਰ ਵਿਚ ਰਹਿ ਕੇ ਕੰਮ ਕਰ ਰਹੇ ਹਨ ਜਿਥੇ ਉਹ ਗ਼ੈਰ-ਸਰਕਾਰੀ ਸੰਸਥਾ 'ਸਰਚ' ਦੇ ਬਾਨੀ ਨਿਰਦੇਸ਼ਕ ਹਨ। ਮੌਜੂਦਾ ਸਮੇਂ ਉਹ ਭਾਰਤ ਸਰਕਾਰ ਦੀ ਕਬਾਇਲੀ ਸਿਹਤ ਬਾਰੇ ਮਾਹਰਾਂ ਦੀ ਕਮੇਟੀ ਦੇ ਮੁਖੀ ਹਨ।)

e-mail :search.gad@gmail.com

ਸਿਹਤ ਸੰਚਾਰ ਦੀ ਤਾਕਤ ਅਤੇ ਵਾਅਦੇ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਦਾ ਖਾਕਾ

ਸੰਜੀਵ ਕੁਮਾਰ

ਸਮਾਜਕ ਅਤੇ ਵਿਹਾਰਕ ਬਦਲਾਅ ਲਈ ਸੰਚਾਰ ਨੂੰ ਅਹਿਮ ਰਣਨੀਤੀਆਂ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ ਵਜੋਂ ਸਵੀਕਾਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ ਜਿਸ ਦਾ ਉਦੇਸ਼ ਸਿਹਤ ਸਥਿਤੀ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਦੀ ਕਾਰਗੁਜ਼ਾਰੀ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਕਰਨਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਸੰਚਾਰ ਦੀ ਤਾਕਤ ਅਤੇ ਸੰਭਾਵਨਾਵਾਂ ਨੂੰ ਬਹੁਤ ਸਮਾਂ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਸਿਹਤ ਤੇ ਪਰਿਵਾਰ ਭਲਾਈ ਮੰਤਰਾਲਾ ਦੀ ਯੋਜਨਾ ਤੇ ਕਾਰਵਾਈ ਦੇ ਮੁਢਲੇ ਦੌਰ ਵਿੱਚ ਹੀ ਸਮਝ ਲਿਆ ਗਿਆ ਸੀ। ਭਾਵੇਂ ਕਿ ਅਨੇਕ ਸਿਹਤ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ (ਜਿਵੇਂ ਪੋਲੀਓ, ਚੇਚਕ) ਅਤੇ ਦਖਲਾਂ ਵਿਚ ਸਾਲਾਂਬੱਧੀ ਬਹੁਤ ਕੁੱਝ ਹਾਸਲ ਕਰ ਲਿਆ ਗਿਆ ਹੈ ਪਰ ਅੱਜ ਵੀ ਭਾਰਤ ਦੇ ਸਾਹਮਣੇ, ਜਿੱਥੋਂ ਤੱਕ ਮੁੱਖ ਸਿਹਤ ਸਥਿਤੀ ਅਤੇ ਸੂਚਕਾਂ ਦਾ ਸਬੰਧ ਹੈ, ਵਿਸ਼ਾਲ ਚੁਣੌਤੀਆਂ ਖੜ੍ਹੀਆਂ ਹਨ। ਮੌਜੂਦਾ ਸਥਿਤੀ ਲਈ ਅਨੇਕ ਕਾਰਕ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਹਨ ਜੋ 'ਪੂਰਤੀ' ਪੱਖ ਨਾਲ ਸਬੰਧਿਤ ਹਨ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਨਾ-ਕਾਫੀ ਬੁਨਿਆਦੀ ਢਾਂਚਾ, ਮਨੁੱਖੀ ਵਸੀਲਿਆਂ ਵਿਚਲੇ ਖੱਪੇ, ਪੈਸਾ ਜਾਰੀ ਕਰਨ ਤੇ ਵਰਤੋਂ ਦੀਆਂ ਚੁਣੌਤੀਆਂ, ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਗੁਣਵੱਤਾ, ਪਹੁੰਚ, ਪ੍ਰਬੰਧਕੀ ਅਤੇ ਸੰਚਾਲਨ ਚੁਣੌਤੀਆਂ, ਅਤੇ ਸਿਹਤ, ਰਾਜ ਦਾ ਵਿਸ਼ਾ ਹੋਣਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ। 'ਮੰਗ' ਪੱਖ ਦੀਆਂ ਚੁਣੌਤੀਆਂ ਵੀ ਬੇਅੰਤ ਹਨ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਬਹੁਤ ਹੀ ਵਿਸ਼ਾਲ ਤੇ ਭਿੰਨਤਾ ਵਾਲੀ ਜਨਸੰਖਿਆ, ਰਵਾਇਤੀ ਅਤੇ ਰਿਵਾਜ, ਕਲਪਨਾਵਾਂ ਅਤੇ ਭਰਮ, ਵਿਸ਼ਵਾਸ ਅਤੇ ਧਾਰਨਾਵਾਂ, ਆਦਤਾਂ ਅਤੇ ਵਤੀਰਾ, ਕਦਰਾਂ ਕੀਮਤਾਂ ਅਤੇ ਨਿਯਮ, ਅਤੇ ਬੇਸ਼ੱਕ, ਸੂਚਨਾ ਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਤੇ ਜਾਗਰੂਕਤਾ ਦੇ ਮੁੱਦਿਆਂ ਦੇ ਪਾੜੇ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ। ਜਦੋਂ ਕਿ ਨਵੀਂ ਸਿਹਤ ਨੀਤੀ ਵਿਚਾਰ ਅਧੀਨ ਹੈ ਅਤੇ ਐੱਸ ਡੀ ਜੀ ਦਾ ਵੀ ਆਗਮਨ ਹੋ ਗਿਆ ਹੈ, ਤਾਂ ਸਿਹਤ ਸੰਚਾਰ ਯਤਨਾਂ ਦੀ ਜਾਗਰੂਕਤਾ ਤੋਂ ਵਤੀਰੇ ਵਿੱਚ ਬਦਲਾਅ ਦੀ ਯਾਤਰਾ ਦੀ ਤਲਾਸ਼ ਕਰਨਾ, ਪੂਰਤੀ ਅਤੇ ਮੰਗ ਦੋਹਾਂ ਪੱਖਾਂ ਸਾਹਮਣੇ ਮੌਜੂਦ ਮੁੱਖ ਚੁਣੌਤੀਆਂ ਦੀ ਨਿਸ਼ਾਨਦੇਹੀ ਕਰਨਾ ਅਤੇ ਅੱਗੇ ਵਧਣ ਦੇ ਰਸਤੇ ਦਾ ਖਾਕਾ ਪੇਸ਼ ਕਰਨਾ ਲਾਹੇਵੰਦਾ ਹੋਵੇਗਾ ਜੋ ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਵੱਡਾ ਫਰਕ ਆਉਣ ਦਾ ਕਾਰਨ ਬਣੇਗਾ।

50ਵਿਆਂ ਦੀ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਵਿੱਚ ਅਰੰਭ ਹੋਣ ਤੋਂ ਲੈ ਕੇ ਕਾਫ਼ੀ ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਸਿਹਤ ਸੰਚਾਰ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਦਾ ਕੇਂਦਰ ਬਿੰਦੂ ਜਾਗਰੂਕਤਾ ਸੀ, ਮਤਲਬ ਜਾਣਕਾਰੀ, ਸੂਚਨਾ ਤੇ ਸਿੱਖਿਆ ਵਿੱਚ ਵਾਧਾ ਕਰਨਾ, ਸ਼ਾਇਦ ਸਪੱਸ਼ਟ ਤੌਰ ਤੇ ਬਿਨਾਂ ਇਹ ਸਮਝਦਿਆਂ ਕਿ ਕਈ ਵਾਰੀ ਦੂਜੇ ਕਾਰਕ ਵੀ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਜੋ 'ਜਾਣਨ' ਨਾਲੋਂ ਵੀ ਜ਼ਿਆਦਾ ਸ਼ਕਤੀਸ਼ਾਲੀ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਜਿਸ ਨੇ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ 'ਕਰਨ' ਜਾਂ ਵਤੀਰਾ ਬਦਲਣ ਤੋਂ ਰੋਕਿਆ ਜਾਂ ਸੀਮਤ ਕੀਤਾ। 'ਜਾਣਨ' ਤੋਂ 'ਕਰਨ' ਤਕ ਦਾ ਇਹ ਸਫਰ ਸਮਾਜਕ ਅਤੇ ਵਿਹਾਰ ਦੇ ਬਦਲਾਅ ਦਾ ਮੂਲ ਹੈ। ਲੇਖਕ ਦਾ ਵਿਸ਼ਵਾਸ ਹੈ ਕਿ ਭਾਵੇਂ ਸਿਹਤ ਸੰਚਾਰ ਸਮੱਸਿਆ ਨੂੰ ਸਮਝ ਲਿਆ ਗਿਆ ਹੈ ਪਰ ਭਾਰਤ ਦੇ ਸੰਦਰਭ ਵਿੱਚ ਇਨ੍ਹਾਂ ਧਾਰਨਾਵਾਂ ਤੇ ਪਰਤਾਂ ਨੂੰ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਮਝਿਆ ਨਹੀਂ ਗਿਆ ਅਤੇ ਇੱਕ ਗਲਤ ਮਿਸਾਲ ਬਣ ਗਈ ਕਿਉਂਕਿ ਅਸੀਂ ਬਦਲਾਅ ਦੇ ਸਿਧਾਂਤਾਂ ਨੂੰ ਬਿਲਕੁਲ ਉਸੇ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਲਾਗੂ ਕਰਨ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕੀਤੀ ਜਿਸ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਇਹ ਪੱਛਮ ਜਾਂ ਵਿਕਸਤ ਅਰਥਚਾਰਿਆਂ ਤੋਂ ਆਏ ਸਨ। ਨਿੱਜਵਾਦ ਬਨਾਮ ਸਮਾਜਕ ਦੇ ਮੁਢਲੇ ਫਰਕ ਦਾ ਪਹਿਲੇ ਮਾਡਲਾਂ ਅਤੇ ਢਾਂਚਿਆਂ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਗਟਾਵਾ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਜਿਸ ਦਾ ਕੇਂਦਰ ਬਿੰਦੂ ਸਿਹਤ ਸਿੱਖਿਆ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਪ੍ਰੋਤਸਾਹਨ ਦੇ ਤੱਤ ਸਨ। ਪੂਰਤੀ ਪੱਖ 'ਜਾਣਦਾ' ਸੀ ਅਤੇ ਲੋਕੀਂ ਨਹੀਂ, ਇਸ ਕਰਕੇ ਸੰਚਾਰ ਦਾ ਪ੍ਰਵਾਹ ਇਕਪਾਸਾ ਸੀ – ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਤੋਂ ਲੋਕਾਂ ਵੱਲ ਨੂੰ। ਆਮ ਵਿਸ਼ਵਾਸ ਸੀ ਕਿ ਲੋਕੀਂ ਜਾਣ ਜਾਣਗੇ ਅਤੇ ਇਹ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਆਪਣੇ ਫਾਇਦੇ ਲਈ ਸੀ, ਅਤੇ ਦਲੀਲ ਅਤੇ ਤਰਕ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਨਵੇਂ ਵਤੀਰੇ ਅਤੇ ਪ੍ਰਥਾਵਾਂ ਅਪਣਾਉਣ ਲਾ ਦੇਣਗੇ। ਇਥੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ਾਂ ਨੂੰ ਨਕਾਰਦਾ ਜੋ ਉਸ ਸਮੇਂ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ ਸਨ, ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਸਿਹਤ ਉਤਸ਼ਾਹ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਅਤੇ ਜਨਤਾ ਬਹੁਤ ਸੰਜੀਦਾ ਅਤੇ ਇਮਾਨਦਾਰ ਅਤੇ ਸਖਤ ਮਿਹਨਤੀ ਸੀ। ਅਗਲੀ ਸ਼ਬਦਾਵਲੀ, ਸੂਚਨਾ ਸਿੱਖਿਆ ਅਤੇ ਸੰਚਾਰ (ਆਈ ਈ ਸੀ) ਦਾ ਕੁੱਝ ਪਸਾਰ ਹੋਇਆ ਪਰ ਇਸ ਦਾ ਕੇਂਦਰ ਬਿੰਦੂ ਸੂਚਨਾ ਅਤੇ ਪੂਰਤੀ ਪੱਖ ਦਾ ਦ੍ਰਿਸ਼ਟੀਕੋਣ ਹੀ ਰਿਹਾ, ਇਹ ਮੰਨਦਿਆਂ ਕਿ ਲੋਕੀਂ ਆਪਣੇ ਆਪ ਹੀ ਚੀਜ਼ਾਂ ਨੂੰ 'ਵੇਖਣਗੇ' ਜਾਂ ਦੂਜਿਆਂ ਦੀਆਂ ਮਿਸਾਲਾਂ ਤੋਂ ਸਿੱਖਣਗੇ ਜੋ 'ਉਹ' ਵਤੀਰਾ ਕਰ ਰਹੇ ਹਨ। ਉਨ੍ਹਾਂ ਚੁਣੌਤੀਆਂ ਦਾ ਪਤਾ ਲੱਗਣ ਮਗਰੋਂ, ਕਿ ਪੈਮਾਨੇ ਅਤੇ ਅਹਿਮ ਸਿਹਤ ਵਤੀਰਿਆਂ ਪੱਖੋਂ ਅਸੀਂ ਅੱਜ ਵੀ ਅਸਲੀ ਸਫਲਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦੇ ਸਮਰੱਥ ਨਹੀਂ, ਬਦਲੇ ਹੋਏ ਵਤੀਰੇ ਵਾਲੇ ਸੰਚਾਰ ਨਾਲ ਸਿਧਾਂਤਕ ਬਦਲਾਅ ਹੋਇਆ। ਭਾਵੇਂ ਕਿ ਇਸ ਪਹੁੰਚ ਦੇ ਅਨੇਕ ਫਾਇਦੇ ਤੇ ਲਾਭ ਸਨ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਵਤੀਰੇ ਦੀ ਇੱਕ ਖ਼ਾਸ ਇਕਾਈ ਨੂੰ ਵਤੀਰੇ ਦੇ ਖ਼ਾਸ ਬਦਲਾਅ ਨਾਲ ਟਕਰਾਇਆ ਗਿਆ ਜਿਸ ਦਾ ਅਧਾਰ ਸਬੂਤ ਅਤੇ ਵਾਤਾਵਰਣਕ ਦ੍ਰਿਸ਼ਟੀਕੋਣ ਸੀ। ਇਹ ਪਹੁੰਚ ਛੇਤੀ ਹੀ ਰਸਮੀ ਤੌਰ ਤੇ ਅਸਪੱਸ਼ਟ 'ਸਮਾਜਕ' ਹਿੱਸੇ ਨੂੰ ਸਪੱਸ਼ਟ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰਨ ਤੱਕ ਫੈਲ ਗਈ ਅਤੇ ਸਮਾਜਕ ਅਤੇ ਵਿਹਾਰਕ ਬਦਲਾਅ ਸੰਚਾਰ (ਐੱਸ ਬੀ ਸੀ ਸੀ) ਢਾਂਚੇ ਵਿੱਚ ਤਬਦੀਲ ਹੋ ਗਈ। ਐੱਸ ਬੀ ਸੀ ਢਾਂਚਾ ਨਿਯਮਾਂ ਤੇ ਕਦਰਾਂ ਕੀਮਤਾਂ ਅਤੇ ਵਾਤਾਵਰਣਕ ਬਦਲਾਵਾਂ ਦੀ ਗੰਭੀਰ ਅਹਿਮੀਅਤ ਨੂੰ ਵੀ ਧਿਆਨ ਵਿੱਚ ਰੱਖਦਾ ਹੈ।

ਸੋ, ਢਾਂਚਿਆਂ, ਮਾਡਲਾਂ, ਪਹੁੰਚਾਂ, ਸਿਧਾਂਤਾਂ ਨੇ ਨਾਮ, ਅਕਾਰ ਅਤੇ ਖਾਕੇ ਬਦਲ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਪਰ ਕੀ ਅਸੀਂ ਅਹਿਮ ਸਵਾਲ ਹੱਲ ਕਰ ਲਿਆ

ਹੈ? ਕੀ ਅਸੀ ਸੰਚਾਰ ਦੇ ਯੰਤਰਾਂ ਦੀ ਤਾਕਤ ਅਤੇ ਔਜ਼ਾਰਾਂ ਵਿੱਚ ਨਿਵੇਸ਼ ਤੋਂ ਆਪਣੀ ਸਮਝ ਨੂੰ ਬਦਲਿਆ ਹੈ? ਕੀ ਅਸੀਂ ਪ੍ਰਗਟਾਵਾ ਕੀਤਾ ਹੈ ਕਿ ਇੱਕ ਕੇਂਦਰੀ ਅਹਿਮ ਰਣਨੀਤੀ ਵਜੋਂ ਸੰਚਾਰ ਵਿੱਚ ਨਿਵੇਸ਼ ਕਰਨਾ ਫਾਇਦੇਮੰਦ ਹੈ ਨਾ ਕਿ ਕਿਸੇ ਰਣਨੀਤੀ ਦੀ ਹਮਾਇਤ ਕਰਨਾ ਜੋ ਉਨ੍ਹਾਂ ਪਦਾਰਥਾਂ, ਸਰਗਰਮੀਆਂ ਅਤੇ ਮੁਹਿੰਮਾਂ ਦੇ ਪ੍ਰਦਰਸ਼ਨ ਲਈ ਚੰਗੀ ਹੈ ਜੋ ਇਸ ਦੇ ਨਾਲ ਚਲਦੇ ਹਨ? ਕੀ ਅਸੀਂ ਲੋਕਾਂ ਦੀ ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਵਿੱਚ ਗੁਣਤਾ ਵਾਲੇ ਬਦਲਾਅ ਨੂੰ ਤੇਜ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਕਾਮਯਾਬ ਹੋਏ ਹਾਂ? ਕੀ ਸੰਚਾਰ ਦੀ ਬਣਤਰ ਅਤੇ ਵੰਡ ਪ੍ਰਣਾਲੀਆਂ ਨਵੇਂ ਯੰਤਰਾਂ ਅਤੇ ਤਕਨੀਕਾਂ ਲਈ ਤਿਆਰ ਹਨ ਜੋ ਲੋਕਾਂ, ਪਰਿਵਾਰਾਂ, ਭਾਈਚਾਰਿਆਂ ਅਤੇ ਬਦਲਾਵਾਂ ਦੀ ਗਹਿਰੀ ਸਮਝ ਉਤੇ ਆਧਾਰਤ ਹਨ, ਜੋ ਸਮਾਜ ਅਤੇ ਪ੍ਰਣਾਲੀਆਂ ਦੇ ਨਾਲ ਆਉਂਦੇ ਹਨ? ਕੀ ਅਸੀਂ ਲੋਕਾਂ ਦੀ ਗਿਣਤੀ ਤੋਂ ਬਦਲਾਅ ਲਿਆਉਣ ਵਾਲੇ ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਬਦਲ ਗਏ ਹਾਂ? ਕੀ ਅਸੀਂ ਸ਼ਬਦ ਜਾਲ ਨੂੰ ਤਹਿਸ-ਨਹਿਸ ਕਰਕੇ ਆਪਣੇ ਜ਼ਮੀਨੀ ਕਾਰਜ ਕਰਤਾਵਾਂ ਨੂੰ ਸਸ਼ਕਤ ਕੀਤਾ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਉਹ ਦੁਨੀਆਂ ਨੂੰ ਬਦਲ ਸਕਣ? ਜ਼ਾਹਰਾ ਤੌਰ ਤੇ ਨੀਤੀਗਤ ਪੱਧਰ ਉਤੇ ਬਦਲਾਅ ਵਾਪਰੇ ਹਨ ਪਰ ਇਹ ਸੰਸਥਾਨਾਂ ਤੱਕ ਨਹੀਂ ਪਹੁੰਚੇ ਅਤੇ ਨਾ ਹੀ ਜ਼ਮੀਨੀ ਪੱਧਰ ਅਤੇ ਅਹੁਦੇਦਾਰਾਂ ਤੱਕ ਪੁੱਜੇ ਹਨ। ਸੰਚਾਰ ਦੀ ਸ਼ਕਤੀ ਦੀ ਪੂਰਨ ਪ੍ਰਾਪਤੀ ਉਦੋਂ ਹੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ ਜੇ ਇਹ ਬਿਲਕੁਲ ਹੇਠਲੇ ਪੱਧਰ ਤੇ ਜੜ੍ਹਾਂ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚੇ ਅਤੇ ਇਸ ਦਾ ਨਤੀਜਾ ਸਸ਼ਕਤ, ਕੁਸ਼ਲ ਅਤੇ ਹਮਦਰਦ ਅਹੁਦੇਦਾਰ ਅਤੇ ਜਾਗਰੂਕ ਨਾਗਰਿਕ ਦੇ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਨਿਕਲੇ ਜਿਸ ਨੇ ਕਾਰਜ ਕਰਨ ਲਈ ਸਵੈ-ਕੁਸ਼ਲਤਾ ਨੂੰ ਗਲੇ ਲਾਇਆ ਹੈ, ਜੋ ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਮੰਗ ਨੂੰ ਘੱਟ ਕਰ ਸਕਦੀ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਰੋਕਥਾਮ ਅਤੇ ਉਤਸ਼ਾਹਕ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ਾਂ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ।

ਸਿਹਤ ਸੰਚਾਰ ਲਈ ਖਾਕੇ ਵਿੱਚ ਆਉਣ ਵਾਲੇ ਵਰ੍ਹਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਸਹਿਤ ਨੀਤੀ ਵਿੱਚ ਛੇ ਸਪੱਸ਼ਟ ਤਰੀਕਿਆਂ ਨਾਲ ਜ਼ਿਆਦਾ ਗੰਭੀਰ ਅਤੇ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਵਿਚਾਰ ਵਟਾਂਦਰੇ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ।

ਇਕ, ਕੇਂਦਰ ਅਤੇ ਰਾਜਾਂ ਵਿੱਚ ਸੰਚਾਰ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ਾਂ ਲਈ ਬਜਟ ਪ੍ਰਬੰਧ ਕਿਵੇਂ ਕੀਤੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਇਸ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ ਰਣਨੀਤੀ ਦਾ ਬਦਲਾਅ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਸੰਚਾਰ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ਾਂ ਵਾਸਤੇ ਫੰਡ ਬਹੁਤ ਹੀ ਘੱਟ ਹਨ। ਯੋਜਨਾਕਾਰਾਂ ਸਾਹਮਣੇ ਕਈ ਵਾਰ ਮੁਸ਼ਕਲ ਪੇਸ਼ ਆ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਰਾਜ ਕਈ ਵਾਰ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਬਜਟ ਦੀ ਵੀ ਵਰਤੋਂ ਨਹੀਂ ਕਰ ਪਾਉਂਦੇ, ਸੋ ਹੋਰ ਜ਼ਿਆਦਾ ਪੈਸੇ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰਨਾ ਕਿੰਨਾ ਕੁ ਜਾਇਜ਼ ਹੈ? ਭਾਵੇਂ ਕਿ ਇਹ ਇੱਕ ਹੱਦ ਤੱਕ ਦਰੁਸਤ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਪਰ ਇਸ ਨੂੰ ਅਸਲ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਨੂੰ ਸੁਚੇਤ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਕਿ ਰਾਜ ਨੂੰ ਪੇਸ਼ ਚੁਣੌਤੀਆਂ ਅਤੇ ਪਾੜਿਆਂ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇ ਜਾਂ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਸਾਹਮਣਾ ਰਾਜਾਂ ਜਾਂ ਸੰਸਥਾਨਾਂ ਨੂੰ ਸਿਹਤ ਸੰਚਾਰ ਵਾਸਤੇ ਪੈਸਾ ਸੰਜਮ ਨਾਲ ਵਰਤਣ ਲਈ ਕਰਨਾ ਪੈਂਦਾ ਹੈ। ਇਥੇ ਦੋ ਪੱਖ ਸਾਹਮਣੇ ਆਉਂਦੇ ਹਨ, ਇੱਕ ਵੰਡ ਕਿਸ ਆਧਾਰ ਉਤੇ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਕੀ ਇਹ ਲੋੜ ਅਧਾਰਤ ਹੈ ਜਾਂ ਕਾਰਗੁਜ਼ਾਰੀ ਅਧਾਰਤ? ਕਾਰਗੁਜ਼ਾਰੀ ਅਧਾਰਤ ਵੰਡ ਤੋਂ ਸੰਚਾਰ ਵੱਲ ਤਬਦੀਲੀ ਸੰਭਵ ਤੌਰ ਤੇ ਦੋ ਪਾੜਿਆਂ ਦਾ ਹੱਲ ਕਰ ਦੇਵੇਗੀ – ਇੱਕ ਜਵਾਬਦੇਹੀ ਦਾ ਅਤੇ ਦੂਜਾ ਸੰਚਾਰ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ਾਂ ਦੀ ਗੁਣਵੱਤਾ ਦਾ। ਧਿਆਨ ਦਾ ਕੇਂਦਰ ਸਿਰਫ਼ ਪੈਸਾ ਖਰਚਣਾ ਹੀ ਨਹੀਂ ਹੋਵੇਗਾ ਸਗੋਂ ਸਪੱਸ਼ਟ ਨਤੀਜਿਆਂ ਜਾਂ ਪ੍ਰਭਾਵ ਲਈ ਖਰਚ ਕਰਨ ਉਤੇ ਹੋਵੇਗਾ ਜਿਸ ਦਾ ਸਿਹਰਾ ਸੰਚਾਰ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ਾਂ ਨੂੰ ਦਿੱਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਨੀਤੀ, ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਤੋਂ ਜ਼ਮੀਨੀ ਪੱਧਰ ਦੇ ਅਹੁਦੇਦਾਰਾਂ, ਸੰਚਾਰ ਵਿਭਾਗ ਅਤੇ ਹੋਰ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਨੂੰ ਕਾਰਗੁਜ਼ਾਰੀ ਉਤਸ਼ਾਹ ਦਿੱਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਦੂਜਾ, ਸੰਚਾਰ ਵਿਭਾਗ ਦੇ ਅਮਲੇ ਅਤੇ ਸਿਖਲਾਈ ਸੰਸਥਾਨਾਂ ਦੀ ਸਮਰੱਥਾ ਨੂੰ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਵਧਾਇਆ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਉਹ ਬਦਲਾਅ ਦੇ ਕਾਰਕ ਹਨ ਅਤੇ ਜੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਨਵੇਂ ਯੰਤਰਾਂ ਅਤੇ ਤਕਨੀਕਾਂ ਨਾਲ ਸਸ਼ਕਤ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਅਤੇ ਤੇਜ਼ ਅਤੇ ਬੇਹਤਰ ਨਤੀਜੇ ਦੇਣ ਲਈ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਨਿਰੰਤਰ ਪ੍ਰੇਰਿਤ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਤਾਂ ਉਹ ਅਜਿਹਾ ਕਰ ਸਕਣ ਦੇ ਸਮਰੱਥ ਨਹੀਂ ਹੋਣਗੇ। ਇਹ ਬਹੁਤ ਹੀ ਵਿਸ਼ਾਲ ਪਰ ਫੌਰੀ ਕੰਮ ਹੈ ਜਿਸ ਲਈ ਸੰਚਾਰ ਮਾਹਰਾਂ ਅਤੇ ਸੰਚਾਰ ਪਾਠਕ੍ਰਮ ਦੀ ਲੋੜ ਪਵੇਗੀ ਜਿਸ ਨੂੰ ਐਨ ਆਈ ਐਚ ਐਫ ਡਬਲਯੂ, ਐਸ ਐਚ ਆਈ ਐਫ ਡਬਲਯੂ, ਏ ਐਨ ਟੀ ਸੀ ਐਸ ਅਤੇ ਏ ਡਬਲਯੂ ਟੀ ਸੀ ਐਸ ਵਰਗੇ ਸੰਸਥਾਨਾਂ ਵਿੱਚ ਤਿਆਰ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਸਿਖਲਾਈ ਸੰਸਥਾਨਾਂ ਵਿੱਚ ਨਵੀਂ ਊਰਜਾ ਅਤੇ ਫੁਰਤੀ ਦਾ ਸੰਚਾਰ ਕਰਨ ਦੀ ਫੌਰੀ ਲੋੜ ਹੈ ਜਿਸ ਦਾ ਕੇਂਦਰ ਬਿੰਦੂ ਸੰਚਾਰ ਕੁਸ਼ਲਤਾਵਾਂ ਹੋਵੇਗਾ। ਇਹ ਸਿਖਲਾਈ ਕਾਰਗੁਜ਼ਾਰੀ ਵਾਧੇ ਉਤੇ ਅਧਾਰਤ ਵੀ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ ਜਿਸ ਦਾ ਸਬੰਧ ਨਤੀਜਿਆਂ ਨਾਲ ਹੋਵੇਗਾ। ਸਿਰਫ਼ ਅੰਤਰ ਨਿੱਜੀ ਸੰਚਾਰ (ਆਈ ਪੀ ਸੀ) ਤੋਂ ਅਗਾਂਹ ਜਾਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਕਾਇਲ ਕਰਨ, ਗੱਲਬਾਤ ਅਤੇ ਪ੍ਰਭਾਵ ਪਾਉਣ ਵਾਲੀਆਂ ਰਣਨੀਤੀਆਂ ਵਿੱਚ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਕੁਸ਼ਲਤਾਵਾਂ ਨੂੰ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਨਾ ਕਿ ਸਿਰਫ਼ ਸਲਾਹ ਦੇਣ ਅਤੇ ਪ੍ਰੇਰਨਾ ਦੇਣ ਦੀ। ਸੂਚਨਾ ਤੇ ਪ੍ਰਸਾਰਣ ਮੰਤਰਾਲੇ ਦੀਆਂ ਭਾਈਵਾਲ ਇਕਾਈਆਂ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਡੀ ਐਫ ਪੀ, ਗੀਤ ਅਤੇ ਡਰਾਮਾ ਵਿਭਾਗ, ਦੂਰਦਰਸ਼ਨ, ਏ ਆਈ ਆਰ, ਡੀ ਏ ਵੀ ਪੀ ਨਾਲ ਸਰਗਰਮ ਸਾਂਝ ਪਾਈ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ।

ਤੀਜਾ, ਸਿਹਤ ਸੰਚਾਰ ਲਈ ਬੇਹਤਰ ਨਿਗਰਾਨੀ, ਨਜ਼ਰ ਰੱਖਣ, ਸਮੀਖਿਆ, ਮੁਲਾਂਕਣ ਅਤੇ ਖੋਜ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ਾਂ, ਅਮਲ ਵਿੱਚ ਲਿਆਉਣੀਆਂ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹਨ ਤਾਂ ਕਿ ਬੇਹਤਰ ਨਤੀਜੇ ਅਤੇ ਜਵਾਬਦੇਹੀ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਈ ਜਾ ਸਕੇ। ਇਸ ਪੱਖ ਨੂੰ ਜ਼ਿਆਦਾ ਗੰਭੀਰਤਾ ਨਾਲ ਨਹੀਂ ਲਿਆ ਜਾਂਦਾ ਅਤੇ ਸਿਰਫ਼ ਵਰਤੋਂ ਪ੍ਰਮਾਣ-ਪੱਤਰ ਅਤੇ ਤਸਵੀਰਾਂ ਤੇ ਪ੍ਰੈਸ ਰਿਪੋਰਟਾਂ ਦੇ ਸਬੂਤਾਂ ਵਜੋਂ ਕੁੱਝ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ੀਕਰਨ ਹੀ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਰਚਨਾਤਮਕ ਤੇ ਯੋਗਾਤਮਕ ਖੋਜਾਂ ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਹੋ ਰਹੀਆਂ ਹਨ। ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਪ੍ਰਬੰਧਕਾਂ ਅਤੇ ਅਫਸਰਾਂ ਨੂੰ ਇਸ ਹੁਨਰ ਨਾਲ ਸਸ਼ਕਤ ਕਰਕੇ ਸਮਰੱਥਾ ਦੇਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਖੋਜਾਂ ਅਤੇ ਸਮੀਖਿਆਵਾਂ ਜਲਦੀ ਅਤੇ ਵਧੀਆ ਤਰੀਕੇ ਕਰਨ ਲਈ ਭਾਈਵਾਲਾਂ ਤੇ ਏਜੰਸੀਆਂ ਨਾਲ ਤਾਲਮੇਲ ਵਧਾਉਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਦੂਸਰਾ ਪੱਖ ਸਿਹਤ ਸੰਚਾਰ ਸਰਗਰਮੀਆਂ ਦੇ ਸੂਚਕਾਂ ਦੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਇਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਨਿਵੇਸ਼ ਜਾਂ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਜਾਂ ਉਤਪਾਦ ਸੂਚਕ ਹਨ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ 'ਬਦਲਾਅ' ਨਿਰੰਤਰਤਾ ਨੂੰ ਪਕੜਨ ਲਈ ਬਦਲਾਅ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ। ਸਿਹਤ ਸੰਚਾਰ ਸਰਗਰਮੀਆਂ ਲਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇ ਸਰੋਤ ਅਤੇ ਇਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਬਾਅਦ ਵਾਲੇ ਢਾਂਚਿਆਂ ਨੂੰ ਵੀ ਮਜਬੂਤ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ।

ਚੌਥਾ, ਸਿਹਤ ਸੰਚਾਰ ਸਮੱਗਰੀ ਅਤੇ ਸਰਗਰਮੀਆਂ ਦੀ ਸਿਰਜਣਾ, ਧਾਰਨਾ ਬਣਾਉਣ ਅਤੇ ਵਿਆਖਿਆ ਵਿੱਚ ਵੱਡੇ ਪੱਧਰ ਉਤੇ ਤਬਦੀਲੀ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ। ਸੰਚਾਰ ਉਤਪਾਦਾਂ ਦੇ ਦੇਸ਼ ਅੰਦਰ ਡਿਜ਼ਾਈਨ ਕਰਨ ਲਈ ਨਿੱਜੀ ਅਤੇ

ਸੰਸਥਾਗਤ ਪੱਧਰ ਉਤੇ ਸੀਮਤ ਸਮਰੱਥਾਵਾਂ ਹਨ। ਸੁਨੇਹੇ ਭੇਜਣਾ, ਡਿਜ਼ਾਈਨ ਕਰਨਾ, ਖਾਕਾ ਬਣਾਉਣਾ ਅਤੇ ਮਾਰਕਾ ਦੇਣਾ ਇਸ ਖੇਤਰ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਚੁਨੌਤੀ ਹਨ। ਸੰਚਾਰ ਉਤਪਾਦ ਦੋ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਬਣਾਏ ਅਤੇ ਦਿੱਤੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ, ਪਹਿਲਾ ਆਪਣੇ ਆਪ ਜਾਂ ਦੇਸ਼ ਵਿੱਚ ਅਤੇ ਦੂਜਾ ਠੇਕੇ ਉਤੇ। ਪ੍ਰਾਪਤੀ, ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਅਤੇ ਲਾਗਤ ਦੇ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ ਠੇਕੇ ਉਤੇ ਦੇਣ ਦੀਆਂ ਆਪਣੀਆਂ ਚੁਨੌਤੀਆਂ ਤੇ ਮੁੱਦੇ ਹਨ। ਮਾਮਲੇ ਉਤੇ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਵਿਚਾਰ ਇਹ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਕਿ ਕੀ ਉਹ ਸਰੋਤਿਆਂ ਨਾਲ ਸਾਂਝ ਪਾਉਂਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੀਆਂ ਇੱਛਾਵਾਂ ਅਤੇ ਲੋੜਾਂ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਹਨ। ਵਧੀਕ ਚੁਨੌਤੀ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਕਈ ਵਾਰ ਇਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਰਾਜ ਲਈ ਮਸ਼ਹੂਰੀ ਅਤੇ ਪ੍ਰਚਾਰ ਲਈ ਵਰਤ ਲਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਬਹੁਤ ਹੀ ਅਹਿਮ ਸਥਾਨ ਜ਼ਰੂਰੀ ਤੌਰ ਤੇ ਇਨ੍ਹਾਂ ਤੱਤਾਂ ਵਲੋਂ ਹਥਿਆ ਲਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਤੱਕ ਪ੍ਰਚਾਰ ਅਤੇ ਪ੍ਰਮਾਣਿਕ ਆਵਾਜ਼ ਅਤੇ ਹਾਜ਼ਰੀ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਨਾ ਹੋਵੇ, ਇਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਨਜ਼ਰਅੰਦਾਜ਼ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਵਪਾਰਕ ਸੰਚਾਰ ਦੀ ਤੁਲਨਾ ਵਿੱਚ ਸਮਾਜਕ ਸੰਚਾਰ (ਸਰਕਾਰੀ ਸੰਚਾਰ) ਕਈ ਗੁਣਾ ਜ਼ਿਆਦਾ ਆਮ ਅਤੇ ਨੀਰਸ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਨੂੰ ਬਦਲਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਜੋ ਨਾ ਸਿਰਫ਼ ਸੰਚਾਰ ਵਿੱਚ ਵੱਡੇ ਫਰਕ ਦਾ ਕਾਰਨ ਬਣੇਗਾ ਸਗੋਂ ਸਰਕਾਰੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਅਤੇ ਮਾਮਲੇ ਦੇ ਅਕਸ ਨੂੰ ਵੀ ਸੁਧਾਰੇਗਾ। ਧਿਆਨ ਖਿੱਚਣ, ਲੋਕਾਂ ਵਿੱਚ ਦਿਲਚਸਪੀ ਪੈਦਾ ਕਰਨ ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਬਦਲਾਅ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰਨ ਲਈ ਨਵੇਂ ਸੁਨੇਹਿਆਂ ਦੀ ਰਚਨਾ ਕਰਨ ਅਤੇ ਅਹਿਮ ਸਥਾਨ ਦੇਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ।

ਪੰਜਵਾਂ, ਕੇਂਦਰ ਅਤੇ ਰਾਜਾਂ ਵਿੱਚ ਸਿਹਤ ਸੰਚਾਰ ਢਾਂਚੇ ਨੂੰ ਬਦਲਣ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ। ਕੇਂਦਰ ਵਿੱਚ ਤਥਾਕਥਿਤ ਆਈ ਈ ਸੀ ਵਿਭਾਗ (ਜਾਂ ਇਕਾਈ) ਅਤੇ ਰਾਜਾਂ ਵਿੱਚ ਆਈ ਈ ਸੀ ਦਫ਼ਤਰ ਜਾਂ ਕੁੱਝ ਜ਼ਿਲ੍ਹਿਆਂ ਵਿੱਚ ਬੀ ਸੀ ਸੀ ਸੈੱਲ ਛੋਟੇ-ਛੋਟੇ ਢਾਂਚੇ ਹਨ ਜਿੱਥੇ ਕੁੱਝ ਹੀ ਅਧਿਕਾਰੀ ਅਤੇ ਸਾਧਨ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਇਨ੍ਹਾਂ ਇਕਾਈਆਂ ਨੂੰ ਆਮ ਤੌਰ ਤੇ ਆਈ ਈ ਸੀ ਸਮੱਗਰੀ ਦੇ ਉਤਪਾਦਨ ਅਤੇ ਵੰਡ ਦੀਆਂ ਇਕਾਈਆਂ ਵਜੋਂ ਹੀ ਵੇਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਦਹਾਕੇ ਪਹਿਲਾਂ ਜਦੋਂ ਸੰਚਾਰ ਵਿਭਾਗ ਦੀ ਸਥਾਪਨਾ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ, ਤਦ ਤੋਂ ਇਸ ਵਲੋਂ ਆਪਣੇ ਢਾਂਚੇ ਅਤੇ ਕੰਮਕਾਰ ਵਿੱਚ ਤਬਦੀਲੀ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਗਈ। ਇਸ ਕਾਰਨ ਲੋਕ, ਹਵਾਲੇ ਦੇ ਨਿਯਮ ਅਤੇ ਇਸ ਇਕਾਈ ਦੇ ਕੰਮ ਦੀ ਗੁੰਜਾਇਸ਼ ਜਾਂ ਤਾਂ ਉਤਪਾਦਨ ਰਿਹਾ ਹੈ ਜਾਂ ਸਮੱਗਰੀ ਹਾਸਲ ਕਰਨੀ ਅਤੇ ਵੰਡਣੀ। ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਪ੍ਰਬੰਧਕ ਜਾਂ ਪ੍ਰੈੱਸ ਪ੍ਰਬੰਧਕ ਦੇ ਤੌਰ ਉਤੇ ਵੀ ਜਾਣਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜੋ ਪ੍ਰੈੱਸ ਦੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ, ਰਿਪੋਰਟਾਂ ਦੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕਰਦੇ ਹਨ ਜਾਂ ਅਧਿਕਾਰੀਆਂ ਅਤੇ ਵਿਭਾਗਾਂ ਲਈ ਪ੍ਰੈੱਸ ਰਲੀਜ਼ ਲਿਖਦੇ ਹਨ। ਕਈ ਵਾਰ ਸਮਾਜਕ ਅਤੇ ਵਿਹਾਰਕ ਬਦਲਾਅ ਰਣਨੀਤਕ ਸੰਚਾਰ ਦਾ ਸਖਤ ਤੇ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਕੰਮ ਪਿੱਛੇ ਪੈ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਪ੍ਰਬੰਧਕੀ, ਸਾਜ਼ੋ-ਸਾਮਾਨ ਅਤੇ ਸੰਚਾਲਨ ਦੇ ਪੱਖ ਜ਼ਿਆਦਾ ਅਹਿਮੀਅਤ ਅਖਤਿਆਰ ਕਰ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਸਾਧਨ ਸੰਪੰਨ ਸੰਚਾਰ ਇਕਾਈਆਂ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਕੋਲ ਅਹਿਮ ਸੇਵਾਵਾਂ ਜਵਾਬਦੇਹੀ ਨਾਲ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਦੀ ਮੁਹਾਰਤ ਅਤੇ ਸਾਜ਼-ਸਾਮਾਨ ਹੋਵੇ, ਉਸ ਦੀ ਸਖ਼ਤ ਲੋੜ ਹੈ ਜੋ ਪਹਿਲੇ ਇੱਛਤ ਚਾਰ ਤੱਤਾਂ ਨੂੰ ਵੀ ਆਪਣੇ ਧਿਆਨ ਵਿੱਚ ਰਖੇਗਾ।

ਛੇਵਾਂ, ਸਿਹਤ ਸੰਚਾਰ ਯਤਨਾਂ ਨੂੰ ਸਾਰੇ ਪੱਧਰਾਂ ਉਤੇ ਸਾਂਝਾਂ ਗੰਢਣੀਆਂ ਹੋਣਗੀਆਂ, ਇਹ ਸਾਂਝ ਗ਼ੈਰ ਸਰਕਾਰੀ ਸੰਸਥਾਵਾਂ (ਐੱਨ ਜੀ ਓ) ਅਤੇ ਸੀ ਬੀ ਓ ਨਾਲ ਪਾਈ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਉਹ ਸਮਾਜ ਦੇ ਵਧੇਰੇ ਨਜ਼ਦੀਕ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਕੋਲ ਭਰੋਸਾ ਅਤੇ ਪਹੁੰਚ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਜੋ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਕੰਮ ਨੂੰ ਵੱਡਾ ਹੁਲਾਰਾ ਦੇ ਸਕਦੇ ਹਨ। ਹਾਂ-ਪੱਖੀ ਖ਼ਬਰਾਂ ਅਤੇ ਢੁੱਕਵੀਂ ਕਵਰੇਜ਼ ਖਾਤਰ ਮੀਡੀਆ ਨਾਲ ਸਾਂਝ ਨੂੰ ਹੋਰ ਪੀਡਾ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ। ਮੀਡੀਆ ਇੱਕ ਵੱਡਾ ਹਮਾਇਤੀ ਭਾਈਵਾਲ ਅਤੇ ਸੂਚਨਾ ਦੇ ਪ੍ਰਸਾਰ ਵਾਲਾ ਭਾਈਵਾਲ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜੋ ਸਿਹਤ ਸੰਚਾਰ ਦੀ ਪਹੁੰਚ ਅਤੇ ਪ੍ਰਭਾਵ ਨੂੰ ਜਨਸੰਖਿਆ ਦੇ ਵੱਡੇ ਹਿੱਸੇ ਤੱਕ ਲੈ ਜਾਣ ਦੇ ਸਮਰੱਥ ਹੈ। ਇਹ ਸਾਂਝ ਨਿੱਜੀ ਖੇਤਰ ਅਤੇ ਕਾਰਪੋਰੇਟ ਜਗਤ ਨਾਲ ਵੀ ਪਾਈ ਜਾ ਸਕਦੀ ਹੈ ਜੋ ਪ੍ਰਬੰਧਨ, ਸੰਚਾਲਨ, ਤਕਨੀਕੀ ਮੁਹਾਰਤ ਵਿੱਚ ਆਪਣਾ ਤਜਰਬਾ ਸਾਂਝਾ ਕਰਨ ਦੇ ਨਾਲ-ਨਾਲ ਕਾਰਪੋਰੇਟ ਸਮਾਜਕ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀ ਫੰਡ ਵੀ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਵਾ ਸਕਦੇ ਹਨ ਜੋ ਸੰਚਾਰ ਪ੍ਰਚਾਰ ਮੁਹਿੰਮਾਂ ਲਈ ਮਦਦਗਾਰ ਸਾਬਤ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਧਾਰਮਕ ਸਭਾਵਾਂ, ਰਾਇ ਬਣਾਉਣ ਵਾਲੇ ਆਗੂਆਂ, ਵਿੱਦਿਅਕ ਅਤੇ ਖੋਜ ਸੰਸਥਾਵਾਂ, ਅੰਤਰਰਾਸ਼ਟਰੀ ਸਭਾਵਾਂ, ਸੰਯੁਕਤ ਰਾਸ਼ਟਰ ਅਤੇ ਬਹੁਪੱਖੀ ਸਭਾਵਾਂ, ਫਾਊਂਡੇਸ਼ਨਾਂ ਅਤੇ ਦਾਨੀ ਸੰਸਥਾਵਾਂ ਨਾਲ ਵੀ ਸਾਂਝ ਪਾਉਣ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ ਜੋ ਵਿਹਾਰ ਤਬਦੀਲੀ ਲਈ ਸੰਵਾਦ ਅਤੇ ਪ੍ਰਭਾਵ ਰਾਹੀਂ ਆਪਣਾ ਯੋਗਦਾਨ ਪਾ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ। ਮੰਗ ਪੱਖ ਵੱਲ ਜ਼ਿਆਦਾ ਗੌਰ ਕਰਨ ਨਾਲ ਪੂਰਤੀ ਪੱਖ ਦੀ ਅਸਫਲਤਾ ਅਤੇ ਕਾਰਜਹੀਣਤਾਵਾਂ ਨੂੰ ਵੀ ਅਣਗੌਲਿਆ ਨਹੀਂ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ। ਮੰਗ ਪੱਖ ਤੇ ਅਜਿਹੀਆਂ ਆਸਾਂ ਦੀ ਉਮੀਦ ਕਰਨਾ ਜੋ ਪੂਰੀਆਂ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾ ਸਕਦੀਆਂ, ਇਹ ਸੇਵਾ ਦੇਣ ਵਾਲਿਆਂ ਅਤੇ ਵਰਤੋਂਕਾਰਾਂ ਵਿੱਚ ਹੋਰ ਜ਼ਿਆਦਾ ਸਨਕ ਅਤੇ ਨਿਰਾਸ਼ਾ ਨੂੰ ਜਨਮ ਦੇਵੇਗਾ। ਇਹ ਸਰਲ ਜਿਹੀ ਗੱਲ ਹੈ ਕਿ ਮੰਗ ਪੱਖ ਦੇ ਸਾਧਨਾਂ ਨੂੰ ਸਿਹਤ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਸੁਧਾਰਾਂ ਦੇ ਬਦਲ ਵਜੋਂ ਵੇਖਣਾ ਬਜਾਇ ਕਿ ਇੱਕ ਪਹੁੰਚ ਦੇ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਪੂਰਤੀ ਪੱਖ ਦੇ ਕਾਫੀ ਦਖਲ ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦੇ ਹਨ। ਪੂਰਤੀ ਪੱਖ ਅਤੇ ਸੰਸਥਾਨਾਂ ਦੀਆਂ ਬਹੁਤ ਸਾਰੀਆਂ ਮਜਬੂਰੀਆਂ ਹਨ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਨਿਰੰਤਰ ਹੱਲ ਕਰਦੇ ਰਹਿਣਾ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ।

ਆਖਰ ਵਿਚ, ਭਾਰਤ ਅੰਦਰ ਸਿਹਤ ਸੰਚਾਰ ਦੀਆਂ ਰਣਨੀਤਕ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ਾਂ ਨੂੰ ਹੋਰ ਮਜਬੂਤ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਸਿਹਤ ਮਿਸ਼ਨ ਕਾਰਜ ਦੇ ਨਤੀਜਿਆਂ ਅਤੇ ਪ੍ਰਭਾਵ ਨੂੰ ਵਰਣਨਯੋਗ ਰਫ਼ਤਾਰ ਦਿੱਤੀ ਜਾ ਸਕੇ। ਛੂਤ ਅਤੇ ਗ਼ੈਰ ਛੂਤ ਵਾਲੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਦੇ ਬੋਝ ਨੂੰ ਰੋਕਥਾਮ ਅਤੇ ਵਿਹਾਰ ਤਬਦੀਲੀ ਨਾਲ ਘੱਟ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਸੰਚਾਰ ਪਹਿਲਕਦਮੀਆਂ ਜੋ ਸਿਰਜਣਾਤਮਕ ਹਨ, ਅਰੋਕ ਹਨ, ਸਬੂਤ ਅਧਾਰਤ ਹਨ, ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਅਮਲ ਵਿੱਚ ਲਿਆਈਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ, ਭਾਈਵਾਲੀਆਂ ਪੈਦਾ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ ਅਤੇ ਨਿਗਰਾਨੀ ਹੇਠ ਰੱਖੀਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ, ਇਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਸਿਹਤ ਸੰਬੰਧੀ ਵਿਹਾਰ ਅਤੇ ਇੱਛਤ ਸਿਹਤ ਪ੍ਰਥਾਵਾਂ ਅਪਣਾਉਣ ਵਿੱਚ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਯੋਗਦਾਨ ਅਤੇ ਹਾਂ-ਪੱਖੀ ਤਬਦੀਲੀ ਲਈ ਇਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਟੋਹ ਰੱਖ ਕੇ, ਮੁਲਾਂਕਣ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਸਿਹਤ ਸੰਚਾਰ ਦੀ ਸ਼ਕਤੀ ਅਤੇ ਸਿਰਫ ਸੰਭਾਵਨਾ ਅਤੇ ਬਿਆਨਬਾਜ਼ੀ ਦੇ ਪੱਧਰ ਉਤੇ ਹੀ ਨਹੀਂ ਹੋਣੇ ਚਾਹੀਦੇ, ਸਗੋਂ ਇਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਯਥਾਰਥ ਰੂਪ ਦੇ ਕੇ ਹਾਸਲ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਜੋ 12ਵੀਂ ਪੰਜ ਸਾਲਾ ਯੋਜਨਾ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਅਤੇ ਐੱਸ ਡੀ ਜੀ ਨੂੰ ਹਾਸਲ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਭੂਮਿਕਾ ਨਿਭਾਉਣਗੇ।

(ਲੇਖਕ ਇੰਡੀਅਨ ਇੰਸਟੀਚਿਊਟ ਆਫ ਮਾਸ ਕਮਨੀਕੇਸ਼ਨ ਵਿਖੇ ਸੰਚਾਰ ਮਾਹਰ ਅਤੇ ਮਹਿਮਾਨ ਅਧਿਆਪਕ ਹਨ।)

e-mail :sanjeevbacc@yahoo.co.in

ਸਾਰਿਆਂ ਲਈ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਲਗਾਤਾਰ ਵਿਕਾਸ ਦੇ ਟੀਚੇ

ਚੰਦਰਕਾਂਤ ਲਹਾਰੀਆ

ਸਾਰਿਆਂ ਲਈ ਸਿਹਤ (ਯੂ ਐੱਚ ਸੀ) ਦਾ ਉਦੇਸ਼ ਹੈ ਕਿ ਸਾਰੇ ਲੋਕਾਂ ਦੀ ਲੋੜੀਂਦੀਆਂ, ਉਤਸਾਹਤ, ਰੋਕਥਾਮ, ਇਲਾਜ ਅਤੇ ਮੁੜ-ਵਸੇਬਾ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਹੋਵੇ ਜੋ ਕਿ ਪ੍ਰਭਾਵਸ਼ਾਲੀ ਅਤੇ ਮਿਆਰੀ ਹੋਣ। ਇਹ ਵੀ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਇਆ ਜਾਵੇ ਕਿ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਇਨ੍ਹਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਦਲੇ ਮੁੱਲ ਤਾਰਨ ਵਿੱਚ ਆਰਥਿਕ ਪੱਧਰ ਉਤੇ ਔਕੜ ਪੇਸ਼ ਨਾ ਆਉਂਦੀ ਹੋਵੇ। ਵੱਡੀਆਂ ਉਮੀਦਾਂ ਵਾਲੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਤੇ ਸੰਕਲਪ ਵਜੋਂ ਯੂ ਐੱਚ ਸੀ ਨੇ ਅੰਤਰਰਾਸ਼ਟਰੀ ਪੱਧਰ ਉਤੇ ਧਿਆਨ ਖਿੱਚਿਆ ਜਦੋਂ ਵਿਸ਼ਵ ਸਿਹਤ ਸੰਮੇਲਨ (ਡਬਲਯੂ ਐੱਚ ਏ 58.33) ਵਿੱਚ ਮੈਂਬਰ ਦੇਸ਼ਾਂ ਨੂੰ ਯੂ ਐੱਚ ਸੀ ਅਪਣਾਉਣ ਮੁਤਾਬਕ ਆਪਣੇ ਸਿਹਤ ਆਰਥਿਕ ਪ੍ਰਬੰਧ ਪ੍ਰਣਾਲੀਆਂ ਨੂੰ ਵਿਕਸਤ ਕਰਨ ਲਈ ਜ਼ੋਰ ਪਾਇਆ ਗਿਆ। ਇਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ 2008 ਦੀ ਮੁੱਢਲੀ 'ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ : ਹਮੇਸ਼ਾ ਤੋਂ ਵੱਧ' ਦੇ ਸਿਰਲੇਖ ਵਾਲੀ 2008 ਦੀ ਵਿਸ਼ਵ ਸਿਹਤ ਰਿਪੋਰਟ ਅਤੇ ਫੇਰ 'ਸਿਹਤ ਪ੍ਰਣਾਲੀਆਂ ਲਈ ਪੈਸਾ : ਸਰਬ ਵਿਆਪਕ ਦਾਇਰੇ ਦਾ ਰਾਹ' ਉਪਰ 2010 ਦੀ ਵਿਸ਼ਵ ਸਿਹਤ ਰਿਪੋਰਟ ਵਿਚ ਯੂ ਐੱਚ ਸੀ ਵਿੱਚ ਹੋਰ ਡੂੰਘਾ ਜਾਂਦਿਆਂ ਇਸ ਉਪਰ ਧਿਆਨ ਕੇਂਦਰਿਤ ਰਖਿਆ ਗਿਆ। ਇਸੇ ਸਮੇਂ ਕਾਲ ਦੌਰਾਨ ਬ੍ਰਾਜ਼ੀਲ, ਮੈਕਸੀਕੋ, ਕਿਰਗੀਸਤਾਨ, ਥਾਈਲੈਂਡ ਅਤੇ ਚੀਨ ਵਰਗੇ ਕਈ ਦੇਸ਼ਾਂ ਨੇ ਸਿਹਤ ਆਰਥਿਕ ਪ੍ਰਬੰਧ ਸੁਧਾਰਾਂ ਦੇ ਨਾਲ-ਨਾਲ ਵਾਧੂ ਵਸੋਂ ਲਈ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਪਹੁੰਚ ਬਣਾਉਣ ਵਿੱਚ ਤਰੱਕੀ ਕੀਤੀ।

ਯੂ ਐੱਚ ਸੀ ਵੱਲ ਅੰਤਰਰਾਸ਼ਟਰੀ ਪੱਧਰ ਉਤੇ ਧਿਆਨ ਦਿੱਤਾ ਜਾਣਾ ਜ਼ਰੂਰੀ ਰਿਹਾ। 2011 ਦੀ ਵਿਸ਼ਵ ਸਿਹਤ ਰਿਪੋਰਟ (ਡਬਲਯੂ ਐੱਚ ਏ 64.9) ਅਤੇ ਫਿਰ ਸੰਯੁਕਤ ਰਾਸ਼ਟਰ ਮਹਾ ਸਭਾ ਨੇ ਯੂ ਐੱਚ ਸੀ ਬਾਰੇ ਵਿਚਾਰ-ਵਟਾਂਦਰਾ ਕੀਤਾ ਅਤੇ 12 ਦਸੰਬਰ 2012 ਨੂੰ ਇਸ ਬਾਰੇ ਮਤਾ ਪਾਸ ਕੀਤਾ (ਏ/67/ਐੱਲ.36)। ਇਹ ਮਤਾ ਇਸ ਪ੍ਰਸੰਗ ਵਿੱਚ ਮੀਲ ਪੱਥਰ ਸੀ ਕਿ ਯੂ ਐੱਚ ਸੀ ਏਜੰਡੇ ਲਈ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀ ਸਿਹਤ ਮੰਤਰੀਆਂ ਦੀ ਥਾਂ (ਜੋ ਵਿਸ਼ਵ ਸਿਹਤ ਸਭਾ ਵਿੱਚ ਭਾਗ ਲੈਂਦੇ ਹਨ) ਰਾਸ਼ਟਰ ਮੁਖੀਆਂ ਜਾਂ ਵਿਦੇਸ਼ ਮੰਤਰੀਆਂ (ਜੋ ਸੰਯੁਕਤ ਰਾਸ਼ਟਰ ਮਹਾਂ ਸਭਾ ਵਿੱਚ ਹਿੱਸਾ ਲੈਂਦੇ ਹਨ), ਦੀ ਥਾਪ ਦਿੱਤੀ ਗਈ। ਸੰਯੁਕਤ ਰਾਸ਼ਟਰ ਮਹਾਂ ਸਭਾ ਵਲੋਂ ਮਤਾ ਪਾਸ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਦਿਨ 12 ਦਸੰਬਰ ਤਹਿਤ 12 ਦਸੰਬਰ 2014 ਤੋਂ ਹਰ ਸਾਲ ਇਸ ਦਿਨ ਨੂੰ ਸਿਹਤ ਮੁਹਿੰਮ ਦਿਵਸ ਜਾਂ ਯੂ ਐੱਚ ਸੀ ਦਿਵਸ ਵਜੋਂ ਮਨਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਪਿਛਲੇ ਦਸ ਸਾਲਾਂ ਤੋਂ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਰਾਸ਼ਟਰੀ, ਅੰਤਰਰਾਸ਼ਟਰੀ ਮੰਚਾਂ ਉਤੇ ਯੂ ਐੱਚ ਸੀ ਉਪਰ ਵਿਚਾਰ-ਵਟਾਂਦਰਿਆਂ ਅਤੇ ਮਤਿਆਂ ਸਦਕਾ ਪਿਛਲੇ ਦਸ ਸਾਲਾਂ ਤੋਂ ਇਸ ਦੀ ਗਤੀ ਬਣੀ ਹੋਈ ਹੈ ਜੋ ਕਿ ਯੂ ਐੱਚ ਸੀ ਦੀ ਲੋੜ ਅਤੇ ਮਹੱਤਤਾ ਨੂੰ ਲੈ ਕੇ ਉੱਭਰ ਰਹੀ ਆਮ ਰਾਇ ਨੂੰ ਦਰਸਾਉਂਦੀ ਲਗਦੀ ਹੈ। ਵਿਸ਼ਵ ਸਿਹਤ ਸੰਸਥਾ ਦੇ ਡਾਇਰੈਕਟਰ ਜਨਰਲ ਡਾ. ਮਾਰਗਰੇਟ ਚੈਨ ਨੇ ਕਿਹਾ ਕਿ, "ਸਾਰਿਆਂ ਲਈ ਸਿਹਤ ਇਕੋ ਇਕ ਅਜਿਹੀ ਸ਼ਕਤੀਸ਼ਾਲੀ ਧਾਰਨਾ ਹੈ ਜੋ ਕਿ ਜਨ-ਸਿਹਤ ਖੇਤਰ ਵਲੋਂ ਪੇਸ਼ ਕੀਤੀ ਜਾਣੀ ਹੈ।"

ਯੂ ਐੱਚ ਸੀ ਦੇ ਤਿੰਨ ਪੱਧਰ ਹਨ – ਜਨਸੰਖਿਆ ਦਾਇਰਾ, ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦਾਇਰਾ ਅਤੇ ਆਰਥਿਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਦਾਇਰਾ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਆਮ ਤੌਰ ਤੇ ਇਕ ਕਿਊਬ ਰਾਹੀਂ ਦਰਸਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ (ਚਿੱਤਰ-1)। ਕਿਊਬ ਦਾ ਅੰਦਰਲਾ ਹਿੱਸਾ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਦੇਸ਼ਾਂ ਦੀ ਮੌਜੂਦਾ ਸਥਿਤੀ ਦਰਸਉਂਦਾ ਹੈ ਜਿੱਥੇ ਕਿ ਵਸੋਂ ਦੇ ਕੁੱਝ ਹਿੱਸੇ ਦੀ ਹੀ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਹੈ, ਜਿੱਥੇ ਕੁੱਝ ਇਕ ਜਨ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਹੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ ਅਤੇ ਸੇਵਾ ਹਾਸਲ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਸਾਰੇ ਲੋਕ ਇਸ ਬਦਲੇ ਮੁੱਲ ਤਾਰਨ ਦੇ ਸਮਰੱਥ ਨਹੀਂ ਹਨ। ਕਿਊਬ ਦਾ ਬਾਹਰੀ ਹਿੱਸਾ ਯੂ ਐੱਚ ਸੀ ਮੁਤਾਬਕ ਦੇਸ਼ਾਂ ਦੇ ਸੰਭਾਵੀ ਟੀਚਿਆਂ ਨੂੰ ਦਰਸਾਉਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਸੁਝਾਉਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਸਾਰੇ ਦੇਸ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਅੰਤਰ-ਮਿਆਰੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਦਾਇਰੇ ਨੂੰ ਵਧਾਉਂਦਿਆਂ ਇਸ ਬਾਕਸ ਨੂੰ ਭਰਨ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕਰਨ। ਦਿਲਚਸਪੀ ਵਾਲੀ ਗੱਲ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਕਰਾਉਣ ਕਾਰਨ ਸਿਹਤ ਖੇਤਰ ਸੁਧਾਰ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਮਿਲਦੇ ਹਨ ਜੋ ਕਿ ਅੱਗੋਂ ਦੇਸ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਰੋਗਾਂ ਦੇ ਪੈਟਰਨ (ਨਮੂਨੇ) ਵਿੱਚ ਬਦਲਾਅ ਦਾ ਕਾਰਨ ਬਣਦੇ ਹਨ, ਅਤੇ ਨਵੀਆਂ ਤਕਨਾਲੋਜੀਆਂ ਦੀ ਉਪਲਬਧਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਲੋੜ ਅਤੇ ਵਰਤੋਂ ਨੂੰ ਪ੍ਰਭਾਵਤ ਕਰੇਗੀ। ਇੰਝ ਹਮੇਸ਼ਾਂ ਹੀ ਮਹਾਂਮਾਰੀਆਂ ਸਬੰਧੀ ਸਥਿਤੀਆਂ ਨਾਲ ਨਜਿੱਠਣ ਦੀ ਲੋੜ ਬਣੀ ਰਹੇਗੀ ਅਤੇ ਹਮੇਸ਼ਾ ਹੀ ਅੰਦਰੂਨੀ ਅਤੇ ਬਾਹਰੀ ਖ਼ਾਨਿਆਂ ਵਿੱਚ ਕੁਝ ਫਰਕ ਰਹੇਗਾ। ਇਹ ਕੁੱਝ ਇਕ ਉਹ ਕਾਰਨ ਹਨ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਕਰਕੇ ਯੂ ਐੱਚ ਸੀ ਨੂੰ ਇਕ ਮੰਜ਼ਿਲ ਨਹੀਂ ਸਫ਼ਰ ਮੰਨਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਯੂ ਐੱਚ ਸੀ ਇਕ ਗਤੀਸ਼ੀਲ ਅਮਲ ਹੈ ਅਤੇ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਇਹ ਹੈ ਕਿ 'ਯੂ ਐੱਚ ਸੀ ਦਾਇਰਾ ਬਾਕਸ' ਨੂੰ ਵੱਧ ਤੋਂ ਵੱਧ ਭਰਿਆ ਜਾਵੇ। ਵੱਖ-ਵੱਖ ਦੇਸ਼ਾਂ ਦੇ ਅਨੁਭਵਾਂ ਨੇ ਦਿਖਾਇਆ ਹੈ ਕਿ ਇਸ ਪਾਸੇ ਠੋਸ ਤਰੱਕੀ ਹਾਸਲ ਕਰਨ ਵਿੱਚ 10-15 ਸਾਲ ਦਾ ਸਮਾਂ ਲਗਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸ ਨੂੰ ਇਕ ਜਾਂ ਦੋ ਸਾਲਾਂ ਵਿੱਚ ਹਾਸਲ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ। ਜਦਕਿ ਯੂ ਐੱਚ ਸੀ ਇੱਕ ਮੰਤਵ ਹੈ, 'ਸਿਹਤ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਸੁਧਾਰ ਅਤੇ ਮਜਬੂਤੀ' ਇਸ ਦੀ ਬੁਨਿਆਦ ਤੇ ਸੰਦ ਹਨ, ਜਿਸ ਨਾਲ ਯੂ ਐੱਚ ਸੀ ਵੱਲ ਤੇਜ਼ ਗਤੀ ਨਾਲ ਵਧਿਆ ਜਾ

ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਯੂ ਐੱਚ ਸੀ ਅਤੇ ਭਾਰਤ

ਭਾਰਤ, ਮੈਂਬਰ ਦੇਸ਼ਾਂ ਵਜੋਂ ਵਿਸ਼ਵ ਸਿਹਤ ਅਸੈਂਬਰੀ 2005 ਵਿਖੇ ਯੂ ਐੱਚ ਸੀ ਬਾਰੇ ਮਤੇ ਦਾ ਹਿੱਸਾ ਸੀ। ਭਾਵੇਂ ਉਸ ਸਮੇਂ ਦੇਸ਼ ਵਿਚ ਯੂ ਐੱਚ ਸੀ ਉਪਰ ਗੱਲਬਾਤ ਨਹੀਂ ਚਲ ਰਹੀ ਸੀ, ਭਾਰਤ ਨੇ 12 ਅਪ੍ਰੈਲ 2005 ਨੂੰ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਪੇਂਡੂ ਸਿਹਤ ਮਿਸ਼ਨ (ਐੱਨ ਆਰ ਐੱਚ ਐੱਮ) ਅਰੰਭ ਕੀਤਾ ਸੀ ਜਿਸ ਦਾ ਉਦੇਸ਼ ਭਾਰਤ ਵਿੱਚ ਸਿਹਤ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਲਿਆਉਣਾ ਅਤੇ ਲੋਕਾਂ ਦੀਆਂ ਸਿਹਤ ਸਥਿਤੀਆਂ ਬਿਹਤਰ ਕਰਨਾ ਸੀ। 2007-08 ਦੇ ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਦੂਜੇ ਪੱਧਰ ਦੇ ਹਸਪਤਾਲੀਕਰਨ ਵਾਸਤੇ ਗਰੀਬੀ ਤੋਂ ਹੇਠਾਂ ਵਸਦੇ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਆਰਥਿਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਦੇਣ ਲਈ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਸਿਹਤ ਸੁਰੱਖਿਆ ਬੀਮਾ (ਆਰ ਐੱਸ ਬੀ ਵਾਈ) ਅਤੇ ਕੁਝ ਹੋਰ ਆਰਥਿਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਸਕੀਮਾਂ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਰਾਜਾਂ ਵਲੋਂ ਸ਼ੁਰੂ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ। ਵਿਸ਼ਵ ਸਿਹਤ ਰਿਪੋਰਟ 2010 ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਨ ਦੇ ਤੁਰੰਤ ਬਾਅਦ ਉਹ ਸਮੇਂ ਦੇ ਯੋਜਨਾ ਕਮਿਸ਼ਨ ਨੇ ਭਾਰਤ ਵਿੱਚ ਸਰਬ ਸਿਹਤ ਪਸਾਰ ਲਈ ਉੱਚ ਪੱਧਰੀ ਮਾਹਿਰ ਕਮੇਟੀ (ਐੱਚ ਐੱਲ ਈ ਜੀ) ਕਾਇਮ ਕੀਤੀ। ਇਸ ਕਮੇਟੀ ਨੇ ਅਕਤੂਬਰ 2011 ਨੂੰ ਆਪਣੀਆਂ ਵੇਰਵਾਗਤ ਸਿਫ਼ਾਰਸ਼ਾਂ ਅਤੇ ਰਿਪੋਰਟ ਪੇਸ਼ ਕਰ ਦਿੱਤੀਆਂ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਭਾਰਤ ਦੀ 12ਵੀਂ ਪੰਜ ਸਾਲਾ ਯੋਜਨਾ (2012-17), ਬਣਾਉਣ ਲੱਗਿਆਂ ਕੀਤੀ ਗਈ। 12ਵੀਂ ਪੰਜ ਸਾਲਾ ਯੋਜਨਾ ਨੇ ਦੇਸ਼ ਦੇ ਹਰ ਰਾਜ ਅਤੇ ਜ਼ਿਲ੍ਹਿਆਂ ਵਿੱਚ ਇਸ ਯੋਜਨਾ ਨੂੰ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਨ ਦੀ ਤਜਵੀਜ਼ ਦਿੱਤੀ ਅਤੇ ਇਯ ਉਪਰ ਕੰਮ ਵੀ ਸ਼ੁਰੂ ਹੋਇਆ ਤਾਂ ਕਿ ਪੂਰੇ ਦੇਸ਼ ਵਿੱਚ ਯੂ ਐੱਚ ਸੀ ਲਾਗੂ ਕਰਨ ਲਈ ਸਥਿਤੀ ਦਾ ਅਸਲੀ ਮੁਲਾਂਕਣ ਹੋ ਸਕੇ। ਮਈ 2013 ਵਿੱਚ ਸ਼ਿਹਰੀ ਇਲਾਕਿਆਂ ਵਿੱਚ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਕਰਾਉਣ ਲਈ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਸ਼ਹਿਰੀ ਸਿਹਤ ਮਿਸ਼ਨ (ਐੱਨ ਯੂ ਐੱਚ ਐੱਮ) ਦੀ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਕੀਤੀ ਗਈ ਅਤੇ ਦੋ ਉੱਪ-ਮਿਸ਼ਨਾਂ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਪੇਂਡੂ ਸੇਵਾ ਮਿਸ਼ਨ (ਐੱਨ ਆਰ ਐੱਚ ਐੱਮ) ਅਤੇ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਸਿਹਤ ਮਿਸ਼ਨ (ਐੱਨ ਐੱਚ ਐੱਮ) ਨੂੰ ਮਿਲਾ ਕੇ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਸਿਹਤ ਮਿਸ਼ਨ (ਐੱਨ ਐੱਚ ਐੱਮ ਕਰ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ। ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਸਿਹਤ ਮਿਸ਼ਨ ਦਾ ਉਦੇਸ਼ – ਸਾਂਵੀਆਂ, ਕਿਫ਼ਾਇਤੀ ਅਤੇ ਮਿਆਰੀ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜੋ ਲੋਕਾਂ ਦੀਆਂ ਲੋੜਾਂ ਵੱਲ ਸੰਵੇਦਨਸ਼ੀਲ ਅਤੇ ਜਵਾਬਦੇਹ ਹੋਣ, ਤੱਕ ਸਭ ਦੀ ਪਹੁੰਚ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਸਿਹਤ ਦੇ ਵਿਆਪਕ ਸਮਾਜਕ ਨਿਰਧਾਰਕ ਤੱਤਾਂ ਨਾਲ ਨਜਿੱਠਣ ਲਈ ਅਸਰਦਾਇਕ ਅੰਤਰ-ਖੇਤਰ ਸੰਯੁਕਤ ਕਾਰਵਾਈ ਹੋਵੇ, ਯੂ ਐੱਚ ਸੀ ਦੇ ਮੰਤਵ ਨਾਲ ਕਾਫੀ ਹੱਦ ਤੱਕ ਮੇਲ ਖਾਂਦੀ ਹੈ। 2014 ਦੇ ਅੱਧ ਤੋਂ ਸਾਰਿਆਂ ਲਈ ਸਿਹਤ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਅਤੇ ਸਾਰਿਆਂ ਲਈ ਸਿਹਤ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਨਾਲ ਇਸ ਦਾ ਮੇਲ ਬਿਠਾਉਣ ਲਈ ਜ਼ਮੀਨੀ ਪੱਧਰ ਉਤੇ ਕਾਫ਼ੀ ਕੰਮ ਹੋਇਆ ਹੈ। ਭਾਰਤ ਵਿੱਚ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਸਿਹਤ ਬਾਰੇ ਭਰੋਸਾ ਮਿਸ਼ਨ (ਐੱਨ ਐੱਚ ਏ ਐੱਮ) ਰਾਹੀਂ ਸਾਰਿਆਂ ਲਈ ਸਿਹਤ ਬਾਰੇ ਭਰੋਸਾ (ਯੂ ਐੱਚ ਏ) ਲਾਗੂ ਕਰਨ ਲਈ ਕਥਿਤ ਤੌਰ ਤੇ ਇਕ ਖਾਕਾ ਵੀ ਤਿਆਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ। ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਸਹਿਤ ਬੀਮਾ ਯੋਜਨਾ (ਆਰ ਐੱਸ ਬੀ ਵਾਈ) ਨੂੰ ਅਪ੍ਰੈਲ 2015 ਵਿੱਚ ਕਿਰਤ ਅਤੇ ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਮੰਤਰਾਲਾ ਤੋਂ ਹਟਾ ਕੇ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਪਰਿਵਾਰ ਭਲਾਈ ਮੰਤਰਾਲਾ ਨਾਲ ਜੋੜਿਆ ਗਿਆ। ਇਕ ਨਵੀਂ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਸਿਹਤ ਨੀਤੀ ਦਾ ਖਰੜਾ ਆਪਣੇ ਅੰਤਮ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਹੈ ਜਿਸ ਵਿਚ ਯੂ ਐੱਚ ਸੀ ਦੇ ਨੀਤੀ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਵਿੱਚ ਦਰਸਾਏ ਸਾਰੇ ਮੁੱਖ ਪੱਖਾਂ ਨੂੰ ਲਿਆ ਗਿਆ ਹੈ। ਵਿਆਪਕ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਇਹ ਕਿਹਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਭਾਰਤ ਵਿੱਚ ਯੂ ਐੱਚ ਸੀ ਨੂੰ ਅੱਗੇ ਵਧਾਵੁਣ ਲਈ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਜ਼ਮੀਨੀ ਆਧਾਰ ਤਿਆਰ ਹੋ ਚੁੱਕਾ ਹੈ ਪਰ ਇਸ ਨੂੰ ਅਜੇ ਪ੍ਰਵਾਨਗੀ ਅਤੇ ਤੇਜ਼ੀ ਨਾਲ ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਦੀ ਉਡੀਕ ਹੈ।

ਲਗਾਤਾਰ ਵਿਕਾਸ ਟੀਚੇ ਅਤੇ ਸਾਰਿਆਂ ਲਈ ਸਿਹਤ ਵਿਕਾਸ

ਲਗਾਤਾਰ ਵਿਕਾਸ ਟੀਚਿਆਂ ਨੂੰ 25 ਸਤੰਬਰ 2015 ਨੂੰ ਸੰਯੁਕਤ ਰਾਸ਼ਟਰ ਦੇ ਲਗਾਤਾਰ ਵਿਕਾਸ ਬਾਰੇ ਸਿਖਰ ਸੰਮੇਲਨ ਵਿੱਚ ਐੱਸ ਡੀ ਜੀ ਦੀ ਪੁਸ਼ਟੀ ਕੀਤੀ ਗਈ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਸਰਕਾਰ ਅਤੇ ਰਾਸ਼ਟਰਾਂ ਦੇ ਮੁਖੀਆਂ ਨੇ ਹਿੱਸਾ ਲਿਆ। ਇਸ ਵਿੱਚ ਦਹਿਸਦੀ ਵਿਕਾਸ ਟੀਚਿਆਂ (ਐੱਮ ਡੀ ਜੀ ਐੱਸ) ਹੇਠ ਕੀਤੇ ਗਏ ਕਾਰਜਾਂ ਨੂੰ ਅੱਗੇ ਲੈ ਕੇ ਜਾਣ ਉਤੇ ਅਗਲੇ 15 ਸਾਲਾਂ ਦੌਰਾਨ ਵਿਸ਼ਵ ਵਿਕਾਸ ਨੂੰ ਸੇਧ ਦੇਣ ਦਾ ਉਦੇਸ਼ ਸੀ। ਸੰਯੁਕਤ ਰਾਸ਼ਟਰ ਮਹਾਂ ਸਭਾ ਨੇ 17 ਲਾਗਾਤਾਰ ਵਿਕਾਸ ਟੀਚਿਆਂ ਅਤੇ ਇਸ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ 169 ਹੋਰ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਨੂੰ ਲੈਂਦਿਆਂ ਸਰਬ ਵਿਆਪਕ, ਸੰਗਠਤ ਅਤੇ ਰੁਪਾਂਤਰਕਾਰੀ 2030 ਦਾ ਲਗਾਤਾਰ ਵਿਕਾਸ ਏਜੰਡਾ ਰਸਮੀ ਤੌਰ ਤੇ ਪ੍ਰਵਾਨ ਕੀਤਾ। ਲਗਾਤਾਰ ਵਿਕਾਸ ਦੇ 17 ਟੀਚਿਆਂ ਵਿੱਚ ਗਰੀਬੀ, ਭੁੱਖ, ਸਿਹਤ ਸਿੱਖਿਆ, ਲਿੰਗਕ ਬਰਾਬਰੀ, ਪਾਣੀ ਅਤੇ ਸਵੱਛਤਾ, ਊਰਜਾ, ਕਾਰਜ ਅਤੇ ਆਰਥਿਕ ਵਿਕਾਸ, ਉਦਯੋਗ ਅਤੇ ਬੁਨਿਆਦੀ ਢਾਂਚਾ, ਗ਼ੈਰ-ਬਰਾਬਰੀ, ਸ਼ਹਿਰਾਂ, ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀ ਵਾਲੀ ਖਪਤ, ਜਲਵਾਯੂ, ਜਲ ਅੰਦਰਲਾ ਜੀਵਨ, ਜ਼ਮੀਨ ਉਪਰ ਜੀਵਨ, ਅਮਨ ਅਤੇ ਮਜ਼ਬੂਤ ਸੰਸਥਾਵਾਂ ਅਤੇ ਭਾਈਵਾਲੀ ਉਤੇ ਧਿਆਨ ਕੇਂਦਰਿਤ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ।

ਲਗਾਤਾਰ ਵਿਕਾਸ ਬਾਰੇ 2030 ਏਜੰਡੇ ਦੇ ਅੰਤਮ ਖਰੜੇ ਦੀ ਭੂਮਿਕਾ ਬਾਰੇ ਕਿਹਾ ਗਿਆ ਹੈ, "ਸਰੀਰਕ ਅਤੇ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਅਰੋਗਤਾ ਨੂੰ ਉਤਸ਼ਾਹਤ ਕਰਨ ਅਤੇ ਸਭਨਾਂ ਲਈ ਜੀਵਨ ਕਾਲ ਲੰਮੇਰਾ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਸਾਡੇ ਵਾਸਤੇ ਸਰਬ ਵਿਆਪੀ ਸਿਹਤ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਅਤੇ ਮਿਆਰੀ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ। 'ਕੋਈ ਵੀ ਪਿੱਛੇ ਨਾ ਰਹਿ ਜਾਵੇ' ਅਤੇ ਇਸ ਸਮੁੱਚੇ ਵਿਕਾਸ ਏਜੰਡੇ ਵਿੱਚ ਸਿਹਤ ਦੇ ਮੁੱਦੇ ਦੀ ਮਹੱਤਤਾ ਨੂੰ ਦਰਸਾਉਂਦਾ ਹੈ। ਲੰਮੇਰੇ ਵਿਕਾਸ ਟਚਿਆਂ (ਐੱਸ ਡੀ ਜੀ) ਵਿਚੋਂ ਟੀਚਾ ਤਿੰਨ ਸਿਹਤ ਵੰਗਾਰਾਂ ਦੀ ਗੱਲ ਕਰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ 'ਸਿਹਤਮੰਦ ਜ਼ਿੰਦਗੀਆਂ ਅਤੇ ਸਾਰੀਆਂ ਉਮਰ ਸ਼੍ਰੇਣੀਆਂ ਲਈ ਅਰੋਗਤਾ ਨੂੰ ਉਤਸ਼ਾਹਿਤ ਕਰਨ' ਦਾ ਮੰਤਵ ਰੱਖਦਾ ਹੈ। ਟੀਚਾ 3.8 "ਸਰਬ ਵਿਆਪੀ ਸਿਹਤ ਦਾਇਰੇ, ਜੋ ਆਰਥਿਕ ਜੋਖਮ ਸੁਰੱਖਿਆ, ਮਿਆਰੀ ਜ਼ਰੂਰੀ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਅਤੇ ਸਭਨਾਂ ਲਈ ਟੀਕਾਕਰਨ (ਵੈਕਸੀਨੇਸ਼ਨ) ਅਤੇ ਦਵਾਈਆਂ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋਣ, ਦੀ ਗੱਲ ਕਰਦਾ ਹੈ।" ਸਿਹਤ ਸਬੰਧੀ ਐੱਸ ਡੀ ਜੀ-3, ਸਰਬ ਸਿਹਤ ਦਾਇਰੇ ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਵਿੱਚ ਸਮੇਟ ਕੇ ਚੱਲਦਾ ਹੈ, ਜਦ ਕਿ ਐੱਸ ਡੀ ਜੀ-3 ਹੇਠਲੇ 13 ਟੀਚੇ (3.8, 3.ਬੀ ਅਤੇ 3.ਸੀ) ਬੜੇ ਸਟੀਕ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਸਰਬ ਸਿਹਤ ਦਾਇਰੇ ਨੂੰ ਅੱਗੇ ਵਧਾਉਣ ਲਈ ਹਨ।

ਅੰਤਰਰਾਸ਼ਟਰੀ ਦ੍ਰਿਸ਼ਟੀਕੋਨ ਤੋਂ 3.8 ਟੀਚੇ ਨੂੰ ਲੰਮੀ ਮਿਆਦ ਵਾਲੇ ਵਿਕਾਸ ਟੀਚਿਆਂ ਦੇ ਪ੍ਰਸੰਗ ਵਿੱਚ ਸਿਹਤ ਟੀਚੇ ਹਾਸਲ ਕਰਨ ਵਜੋਂ ਅਸਰਦਾਇਕ ਮੰਨਿਆ ਜਾ ਰਿਹਾ ਹੈ। ਐੱਸ ਡੀ

ਤਾਲਿਕਾ-1 : ਸਰਬ ਸਿਹਤ ਦਾਇਰੇ ਦੀ ਧੁਰੀ ਵਜੋਂ ਲਗਾਤਾਰ ਰਹਿਣਯੋਗ ਵਿਕਾਸ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਵਿਚ ਸਿਹਤ ਸਬੰਧੀ ਟੀਚੇ		
ਲਗਾਤਾਰ ਰਹਿਣਯੋਗ ਉਦੇਸ਼ 3 (ਐੱਸ ਡੀ ਜੀ 3 ਅਤੇ ਇਸ ਦੇ ਟੀਚੇ	ਐੱਸ ਡੀ ਜੀ 3 ਸਿਹਤਮੰਦ ਜ਼ਿੰਦਗੀਆਂ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਓ ਅਤੇ ਹਰ ਉਮਰ ਲਈ ਅਰੋਗਤਾ ਨੂੰ ਪ੍ਰਫੁਲਿਤ ਕਰੋ	
ਟੀਚਾ 3.8 : ਸਰਬ ਸਿਹਤ ਦਾਇਰਾ ਹਾਸਲ ਕਰੋ ਆਰਥਿਕ ਜੋਖਮ ਸੁਰੱਖਿਆ, ਮਿਆਰੀ ਲਾਜ਼ਮੀ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਅਤੇ ਸਾਰਿਆਂ ਲਈ ਸੁਰੱਖਿਅਤ, ਅਸਰਦਾਇਕ ਅਤੇ ਮਿਆਰੀ ਜ਼ਰੂਰੀ ਦਵਾਈਆਂ ਅਤੇ ਟੀਕਾਕਰਨ ਸਮੇਤ ਸਾਰਿਆਂ ਲਈ ਸਿਹਤ ਘੇਰੇ ਦਾ ਟੀਚਾ ਹਾਸਲ ਕਰਨਾ		
ਐੱਮ ਡੀ ਜੀ ਅਧੂਰਾ ਅਤੇ ਪਾਸਾਰ ਕੀਤਾ ਏਜੰਡਾ	**ਨਵੇਂ ਐੱਸ ਡੀ ਜੀ 3 ਟੀਚੇ**	**ਐੱਸ ਡੀ ਜੀ 3 : ਲਾਗੂ ਕਰਨ ਦੇ ਸਾਧਨਾਂ ਬਾਰੇ ਟੀਚੇ**
3.1 : ਜੱਚਾ ਮੌਤ ਦਰ ਵਿੱਚ ਕਟੌਤੀ 2030 ਤੱਕ ਵਿਸ਼ਵ ਜੱਚਾ ਮੌਤ ਦਰ ਨੂੰ ਇਕ ਲੱਖ ਨਵਜੰਮੇ ਬੱਚਿਆਂ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ 70 ਤੋਂ ਘੱਟ ਤੱਕ ਲੈ ਕੇ ਆਉਣਾ	**3.4 ਲਾਗ ਰਹਿਤ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਕਾਰਨ ਮੌਤਾਂ ਵਿੱਚ ਕਟੌਤੀ ਅਤੇ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਨੂੰ ਪ੍ਰਫੁਲਤ ਕਰਨਾ** ਉੱਕਤ ਵਿੱਚ ਰੋਕਥਾਮ ਤੇ ਇਲਾਜ ਰਾਹੀਂ 2030 ਤੱਕ ਇਕ ਤਿਹਾਈ ਕਟੌਤੀ ਕਰਨਾ ਅਤੇ ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਅਰੋਗਤਾ ਨੂੰ ਪ੍ਰਫੁਲਿਤ ਕਰਨਾ	**3.ਏ: ਤੰਬਾਕੂ ਨਿਯੰਤ੍ਰਣ ਬਾਰੇ ਵਿਸ਼ਵ ਸਿਹਤ ਅਦਾਰੇ ਦੇ ਢਾਂਚੇ ਨੂੰ ਲਾਗੂ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਲਿਆਉਣਾ।** ਉਕਤ ਨੂੰ ਜਿੱਥੋਂ ਤੱਕ ਹੋ ਸਕੇ, ਸਾਰੇ ਦੇਸ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਲਾਗੂ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਲਿਆਉਣਾ। **3.ਬੀ: ਸਭਨਾ ਲਈ ਦਵਾਈਆਂ ਅਤੇ ਟੀਕਾਕਰਨ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਬਣਾਉਣਾ, ਖੋਜ ਅਤੇ ਵਿਕਾਸ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਕਰਨਾ** ਵਿਕਾਸਸ਼ੀਲ ਦੇਸ਼ਾਂ ਨੂੰ ਮੁੱਖ ਤੌਰ ਤੇ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਕਰਨ ਵਾਲੀਆਂ ਲਾਗ ਵਾਲੀਆਂ ਅਤੇ ਲਾਗ ਰਹਿਤ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਲਈ ਦਵਾਈਆਂ ਅਤੇ ਟੀਕਾਕਰਨ ਨੂੰ ਲੈ ਕੇ ਖੋਜ ਅਤੇ ਵਿਕਾਸ ਵਿੱਚ ਮਦਦ, ਟਰਿਪਸ (ਟੀ ਆਰ ਆਈ ਪੀ ਐੱਸ) ਸਮਝੌਤਾ ਅਤੇ ਜਨ ਸਿਹਤ ਉਪਰ ਦੋਹਾ ਐਲਾਨਨਾਮੇ ਮੁਤਾਬਕ ਵਿੱਤ ਅੰਦਰ ਲਾਜ਼ਮੀ ਦਵਾਈਆਂ ਅਤੇ ਟੀਕਾਕਰਨ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਬਣਾਉਣਾ। ਐਲਾਨਨਾਮੇ ਵਿੱਚ ਬੌਧਿਕ ਸੰਪਦਾ। ਹੱਕਾਂ ਦੇ ਵਪਾਰ ਸਬੰਧਿਤ ਜਨਸੰਖਿਆ ਸੁਰੱਖਿਆ ਵਿੱਚ ਲਚਕੀਲਾਪਨ ਅਤੇ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਕਰਕੇ ਸਭਨਾਂ ਲਈ ਦਵਾਈਆਂ ਜਿਹੇ ਵਿਕਾਸਸ਼ੀਲ ਦੇਸ਼ਾਂ ਦੇ ਹੱਕ ਉੱਪਰ ਜ਼ੋਰ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਹੈ।
3.2 : ਰੋਕ ਸਕਣਯੋਗ ਨਵਜਾਤ ਅਤੇ ਬਾਲ ਮੌਤਾਂ ਦਾ ਖਾਤਮਾ ਸਾਰੇ ਦੇਸ਼ਾਂ ਵਲੋਂ ਨਵਜਾਤ ਮੌਤ ਦਰ ਨੂੰ ਇਕ ਹਜ਼ਾਰ ਬੱਚਿਆਂ ਦੇ ਜਨਮ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ 12 ਤੱਕ ਅਤੇ ਪੰਜ ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਬੱਚਿਆਂ ਦੀ ਮੌਤ ਦਰ ਇਕ ਹਜ਼ਾਰ ਬੱਚਿਆਂ ਦੇ ਜਨਮ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ 25 ਤੱਕ ਲਿਆਉਣ ਦੇ ਮੰਤਵ ਨਾਲ 2030 ਤੱਕ 5 ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਬੱਚਿਆਂ ਅਤੇ ਨਵਜਾਤ ਬੱਚਿਆਂ ਦੀਆਂ ਰੋਕ ਸਕਣਯੋਗ ਮੌਤਾਂ ਉਪਰ ਰੋਕ ਲਾਉਣਾ।	**3.5 : ਨਸ਼ੀਲੇ ਪਦਾਰਥਾਂ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਦੀ ਰੋਕਥਾਮ ਅਤੇ ਇਲਾਜ ਵਿੱਚ ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਲਿਆਉਣਾ** ਗੈਰ-ਕਾਨੂੰਨੀ ਨਸ਼ੀਲੇ ਪਦਾਰਥਾਂ ਅਤੇ ਸ਼ਰਾਬ ਦੀ ਹਾਨੀਕਾਰਕ ਵਰਤੋਂ ਸਮੇਤ ਉੱਕਤ ਦੀ ਰੋਕਥਾਮ ਅਤੇ ਇਲਾਜ ਵਿੱਚ ਮਜ਼ਬੂਤੀ ਲਿਆਉਣਾ	
3.3 : ਏਡਜ਼, ਮਲੇਰੀਆ ਅਤੇ ਹੋਰਨਾ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਦਾ ਖਾਤਮਾ 2030 ਤੱਕ ਏਡਜ਼, ਟੀ.ਬੀ., ਮਲੇਰੀਆ ਅਤੇ ਅਣਗੌਲੀਆਂ ਗਰਮ ਇਲਾਕਿਆਂ ਦੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਨੂੰ ਖਤਮ ਕਰਨਾ ਅਤੇ ਹੈਪੇਟਾਈਟਿਸ, ਪਾਣੀ ਤੋਂ ਉਤਪੰਨ ਰੋਗਾਂ ਅਤੇ ਹੋਰਨਾਂ ਲਾਗ ਵਾਲੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਨਾਲ ਮੁਕਾਬਲਾ।	**3.6 : ਸੜਕੀ ਆਵਾਜਾਈ ਹਾਦਸਿਆਂ ਕਾਰਨ ਜ਼ਖਮੀ ਹੋਣ ਅਤੇ ਮੌਤ ਦੀ ਦਰ ਨੂੰ 50 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਤੱਕ ਘਟਾਉਣਾ** 2020 ਤੱਕ ਉਕਤ ਟੀਚਾ ਹਾਸਲ ਕਰਨਾ	**3.ਸੀ : ਵਿਕਾਸਸ਼ੀਲ ਦੇਸ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਸਿਹਤ ਕਾਰਜ ਸ਼ਕਤੀ ਅਤੇ ਆਰਥਿਕ ਪ੍ਰਬੰਧਾਂ ਵਿੱਚ ਵਾਧਾ ਕਰਨਾ** ਵਿਕਾਸਸ਼ੀਲ ਦੇਸ਼ਾਂ ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਸਭ ਤੋਂ ਘੱਟ ਵਿਕਸਤ ਦੇਸ਼ਾਂ ਅਤੇ ਛੋਟੇ ਟਾਪੂਆਂ ਵਾਲੇ ਦੇਸ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਭਰਤੀ, ਵਿਕਾਸ, ਸਿਖਲਾਈ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਕਾਰਜ ਸ਼ਕਤੀ ਵਿੱਚ ਵਾਧਾ ਕਰਨਾ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਆਰਥਿਕ ਪ੍ਰਬੰਧ ਵਿੱਚ ਠੋਸ ਵਾਧਾ ਕਰਨਾ।
3.7: ਲਿੰਗਕ ਤੇ ਜਨਮ ਸਬੰਧਿਤ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੱਕ ਸਭਨਾਂ ਦੀ ਪਹੁੰਚ ਜ਼ਰੂਰੀ ਬਣਾਉਣਾ ਪਰਿਵਾਰ ਨਿਯੋਜਕ, ਸੂਚਨਾ ਅਤੇ ਸਿੱਖਿਆ ਅਤੇ ਜਨਮ ਨਾਲ ਸਬੰਧਿਤ ਸਿਹਤ ਖੇਤਰ ਨੂੰ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਅਤੇ ਰਣਨੀਤੀਆਂ ਨਾਲ ਸੰਗਠਿਤ ਕਰਕੇ 2030 ਤੱਕ ਉਕਤ ਨੂੰ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਣਾ।	**3.9: ਖ਼ਤਰਨਾਕ ਰਸਾਇਣਾਂ, ਪ੍ਰਦੂਸ਼ਣ ਅਤੇ ਪਏ ਰਹਿਣ ਕਾਰਨ ਖਰਾਬ ਹੋ ਜਾਣ ਕਾਰਨ ਪੈਦਾ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਅਤੇ ਮੌਤਾਂ ਵਿੱਚ ਕਟੌਤੀ ਕਰਨਾ** 2030 ਤੱਕ ਉਕਤ ਟੀਚਾ ਹਾਸਲ ਕਰਨਾ।	**3.ਡੀ : ਸਿਹਤ ਜੋਖ਼ਮਾਂ ਦੇ ਪ੍ਰਬੰਧਨ, ਜੋਖ਼ਮ ਕਟੌਤੀ ਅਤੇ ਅਗੇਤਾ ਖ਼ਬਰਦਾਰ ਕਰਨ ਦੀ ਸਮਰੱਥਾ ਵਿੱਚ ਵਾਧਾ** ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਅਤੇ ਅੰਤਰਰਾਸ਼ਟਰੀ ਸਿਹਤ ਜੋਖ਼ਮ ਸਬੰਧੀ ਉਕਤ ਟੀਚੇ ਹਾਸਲ ਕਰਨਾ।
ਆਰਥਿਕ, ਹੋਰ ਸਮਾਜਕ ਅਤੇ ਵਾਤਾਵਰਨ ਸੰਬੰਧੀ ਲਗਾਤਾਰ ਰਹਿਣਯੋਗ ਵਿਕਾਸ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਅਤੇ ਲਗਾਤਾਰ ਰਹਿਣਯੋਗ ਉਦੇਸ਼ 17 ਲਾਗੂ ਕੀਤੇ ਜਾਣ ਦੇ ਸਾਧਨ		
	ਉਦੇਸ਼-1: ਗਰੀਬੀ ਦਾ ਖਾਤਮਾ ਉਦੇਸ਼-2: ਭੁੱਖ ਦਾ ਖਾਤਮਾ, ਖੁਰਾਕ, ਖੁਰਾਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਹਾਸਲ ਕਰਨਾ ਅਤੇ ਪੌਸ਼ਟਿਕਤਾ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਟੀਚਾ 2.2 : ਕੁਪੋਸ਼ਨ ਦਾ ਖਾਤਮਾ, ਬਾਲ ਵਿਕਾਸ ਵਿੱਚ ਰੁਕਾਵਟਾਂ ਅਤੇ ਸੋਕੇ ਜਿਹੇ ਰੋਗਾਂ ਵਿੱਚ ਕਮੀ ਲਿਆਉਣ ਦੇ ਟੀਚੇ ਹਾਸਲ ਕਰਨਾਂ ਉਦੇਸ਼-4: ਸਮੁੱਚਤਾ ਵਾਲੀ ਅਤੇ ਬਰਾਬਰ ਦੀ ਸਿੱਖਿਆ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਣਾ	

ਟੀਚਾ 4.2 : ਮੁੱਢਲੇ ਬਚਪਨ ਦੇ ਵਿਕਾਸ, ਸੰਭਾਲ ਅਤੇ ਮੁੱਢਲੀ ਸਿੱਖਿਆ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਦੀ ਸਿੱਖਿਆ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਣਾ

ਉਦੇਸ਼-5: ਲਿੰਗਕ ਬਰਾਬਰੀ ਹਾਸਲ ਕਰਨਾ ਅਤੇ ਸਾਰੀਆਂ ਔਰਤਾਂ ਅਤੇ ਲੜਕੀਆਂ ਦਾ ਸ਼ਕਤੀਕਰਨ ਕਰਨਾ।

ਟੀਚਾ 5.2 : ਸਭ ਔਰਤਾਂ ਅਤੇ ਲੜਕੀਆਂ ਖਿਲਾਫ ਹਰ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਹਿੰਸਾ ਦਾ ਖਾਤਮਾ

ਉਦੇਸ਼-6 : ਸਭਨਾਂ ਲਈ ਪਾਣੀ ਅਤੇ ਸਵੱਛਤਾ ਦੇ ਲੰਮੇ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਅਤੇ ਉਪਲਬਧਤਾ ਨੂੰ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਣਾ

ਟੀਚਾ 6.1 : ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਅਤੇ ਸਸਤੇ ਪੀਣ ਯੋਗ ਪਾਣੀ ਤੱਕ ਸਭ ਦੀ ਬਰਾਬਰ ਦੀ ਪਹੁੰਚ ਬਣਾਉਣਾ

ਉਦੇਸ਼-7 : ਸਸਤੀ ਅਤੇ ਸ਼ੁੱਧ ਊਰਜਾ

ਸਭਨਾਂ ਲਈ ਸਸਤੀ ਭਰੋਸੇਯੋਗ, ਲਗਾਤਾਰ ਰਹਿਣਯੋਗ ਅਤੇ ਨਵੀਨ ਊਰਜਾ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਣਾ

ਉਦੇਸ਼-8 : ਸਨਮਾਨਯੋਗ ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਅਤੇ ਆਰਥਿਕ ਵਿਕਾਸ ਸਿਹਤ (ਅਤੇ ਹੋਰ ਸਮਾਜਕ ਖੇਤਰਾਂ) ਵਿਚਲੀਆਂ ਕਿਰਤ ਮੰਡੀਆਂ ਆਰਥਿਕ ਵਿਕਾਸ ਅਤੇ ਉਤਪਾਦਨ, ਰੁਜ਼ਗਾਰ, ਨੌਜਵਾਨਾਂ ਨੂੰ ਉਪਜੀਵਕਾ ਅਤੇ ਚੰਗਾ ਕੰਮ-ਕਾਰ ਦੇਣ ਵਿੱਚ ਯੋਗਦਾਨ ਪਾ ਸਕਦੀਆਂ ਹਨ।

ਉਦੇਸ਼-10 : ਘਟੀਆਂ ਹੋਈਆਂ ਗ਼ੈਰ-ਬਰਾਬਰੀਆਂ

ਉਦੇਸ਼-11 : ਲਗਾਤਾਰ ਰਹਿਣਯੋਗ ਸ਼ਹਿਰ ਅਤੇ ਸਮੁਦਾਇ

ਉਦੇਸ਼-13 : ਜਲਵਾਯੂ ਕਾਰਵਾਈਆਂ

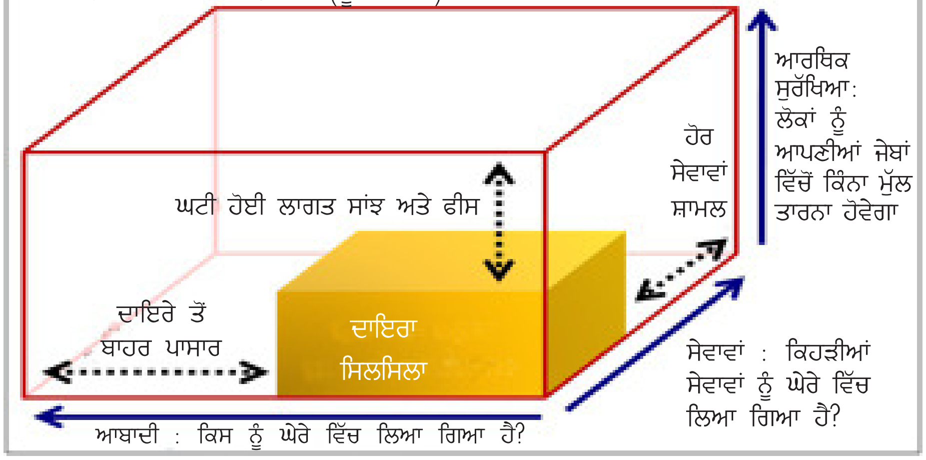
ਉਦੇਸ਼-16 : ਲਗਾਤਾਰ ਰਹਿਣਯੋਗ ਵਿਕਾਸ ਲਈ ਸ਼ਾਂਤੀਪੂਰਨ ਅਤੇ ਸਮੁੱਚਤਾ ਵਾਲੇ ਸਮਾਜਾਂ ਨੂੰ ਪ੍ਰਫੁਲਤ ਕਰਨਾ

ਟੀਚਾ 16.1 : ਵਿਸ਼ਵ ਵਿੱਚ ਹਰ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੀ ਹਿੰਸਾ ਅਤੇ ਇਸ ਨਾਲ ਸਬੰਧਿਤ ਮੌਤ ਦਰਾਂ ਵਿੱਚ ਕਮੀ ਲਿਆਉਣਾ

ਉਦੇਸ਼ 17 : ਭਾਈਵਾਲੀ

ਸਮਰੱਥਾ ਉਸਾਰੀ ਲਈ ਸੰਸਥਾਗਤ ਭਾਈਵਾਲੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਅਤੇ ਲਾਗੂ ਕਰਨ ਦੇ ਸਾਧਨਾਂ ਨਾਲ ਸਬੰਧ।

ਚਿੱਤਰ-1 : ਸਰਬ ਸਿਹਤ ਦਾਇਰਾ (ਯੂ ਐੱਚ ਸੀ)



ਜੀ-3 ਦੇ ਟੀਚਿਆਂ ਨੂੰ ਤਿੰਨ ਵੱਡੇ ਹਿੱਸਿਆਂ ਵਿੱਚ ਵੰਡ ਕੇ ਵੇਖਿਆ ਜਾ ਰਿਹਾ ਹੈ ਜੋ ਹਨ – ਦਹਿਸਦੀ ਵਿਕਾਸ ਉਦੇਸ਼ (ਐੱਮ ਡੀ ਜੀ) ਦਾ ਅਧੂਰਾ ਅਤੇ ਵਧਾਇਆ ਗਿਆ ਏਜੰਡਾ, ਨਵੇਂ ਐੱਸ ਡੀ ਜੀ-3 ਟੀਚੇ, ਐੱਸ ਡੀ ਜੀ-3 ਦੇ ਲਾਗੂ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਟੀਚਿਆਂ ਦੇ ਸਾਧਨ।

ਸਿਹਤ ਖੇਤਰ ਸਬੰਧੀ ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਅਤੇ ਟੀਚਿਆਂ ਦੀ ਸਫਲਤਾ ਹੋਰਨਾਂ 16 ਉਦੇਸ਼ਾਂ ਅਤੇ ਟੀਚਿਆਂ ਹੇਠ ਕੀਤੀ ਜਾਣ ਵਾਲੀ ਕਾਰਵਾਈ ਉਤੇ ਵੀ ਨਿਰਭਰ ਕਰਦੀ ਹੈ (ਸੂਚੀ-1)।

ਸਿੱਟਾ

ਸਿਹਤ ਦਾ ਮੁੱਦਾ ਵਿਕਾਸ ਸੰਵਾਦ ਦੇ ਕੇਂਦਰ ਵਿੱਚ ਹੈ ਅਤੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਦੇਸ਼ ਦੇ ਆਰਥਿਕ ਵਿਕਾਸ ਵਿੱਚ ਇਸ ਦੀ ਭੂਮਿਕਾ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਮੰਨੀ ਜਾ ਰਹੀ ਹੈ ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਗਰੀਬੀ ਦੂਰ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਯੋਗਦਾਨ ਪਾਉਂਦਿਆਂ ਕਿਸੇ ਵੀ ਦੇਸ਼ ਨੂੰ ਵਧੇਰੇ ਉਤਪਾਦਕ ਅਤੇ ਆਰਥਿਕ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਹਾਲ ਵੱਲ ਲਿਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਜਿੱਥੇ ਕਿ ਐੱਸ ਡੀ ਜੀ ਅਤੇ ਯੂ ਐੱਚ ਸੀ ਸਮਾਜਕ ਅਤੇ ਆਰਥਿਕ ਵਿਕਾਸ ਵਿੱਚ ਰਲੇ ਹੋਏ ਹਨ। ਸਮੁੱਚੇ ਵਿਕਾਸ ਏਜੰਡੇ ਦੇ ਪ੍ਰਸੰਗ ਵਿੱਚ ਯੂ ਐੱਚ ਸੀ ਸਿਹਤ ਖੇਤਰ ਲਈ ਜੁੜਾਅ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਨਵੀਂ ਤਾਕਤ ਹੈ। ਯੂ ਐੱਚ ਸੀ ਪਿਛਲੀ ਕਾਰਗੁਜ਼ਾਰੀ ਤੋਂ ਸਬਕ ਲੈਂਦੀ ਅੱਗੇ ਵਧਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਮੁੱਢਲੀ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਦੀ ਧਾਰਨਾ ਅਤੇ ਦਹਿਸਦੀ ਵਿਕਾਸ ਉਦੇਸ਼ਾਂ (ਐੱਮ ਡੀ ਜੀ) ਕਾਲ ਦੌਰਾਨ ਲਈਆਂ ਪਹਿਲਕਦਮੀਆਂ ਨੂੰ ਅੱਗੇ ਵਧਾਉਂਦੀ ਹੈ, ਜਦ ਕਿ ਅੰਤਰਰਾਸ਼ਟਰੀ ਆਗੂਆਂ ਅਤੇ ਏਜੰਸੀਆਂ ਨੂੰ ਐੱਸ ਡੀ ਜੀ ਟੀਚੇ ਹਾਸਲ ਕਰਨ ਲਈ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਤੇਜ਼ੀ ਲਿਆਉਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ। ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਸਰਕਾਰਾਂ ਨੂੰ ਵੀ ਇਹ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਠੋਸ ਨੀਤੀਗਤ ਉਪਾਅ ਕਰਨੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ ਕਿ ਵੱਧ ਤੋਂ ਵੱਧ ਲੋਕ ਬਿਨਾਂ ਕਿਸੇ ਆਰਥਿਕ ਔਕੜ ਦੇ ਮਿਆਰੀ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦਾ ਉਪਯੋਗ ਕਰ ਸਕਣ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਖੇਤਰ ਜਾਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਮੌਜੂਦ ਅਸਾਵੇਂਪਨ ਨੂੰ ਦੂਰ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕੇ। ਇਸ ਮੁੱਦੇ ਉਤੇ ਅੰਤਰਰਾਸ਼ਟਰੀ ਸਲਾਹ ਮਸ਼ਵਰੇ ਜਾਰੀ ਹਨ ਅਤੇ ਲਗਭਗ 100 ਦੇਸ਼ ਯੂ ਐੱਚ ਸੀ ਵੱਲ ਤੇਜ਼ੀ ਨਾਲ ਵਧਣ ਲਈ ਕਾਰਵਾਈਆਂ ਕਰ ਰਹੇ ਹਨ। ਭਾਰਤ ਇਸ ਸੰਵਾਦ ਵਿਚਲੇ ਮੋਢੀ ਦੇਸ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਹੈ। ਇਸ ਨੇ ਲੋੜੀਂਦਾ ਪਿਛੋਕੜ ਦਾ ਕੰਮ ਪੂਰਾ ਕਰ ਲਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਹੁਣ ਇਸ ਪਾਸੇ ਵੱਡੀ ਪੁਲਾਂਘ ਪੁੱਟਣ ਲਈ ਤਿਆਰ ਲਗਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਕਿ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਅਤੇ ਅੰਤਰਰਾਸ਼ਟਰੀ ਪੱਧਰ ਉਤੇ ਐੱਸ ਡੀ ਜੀ-3 ਅਤੇ ਹੋਰ ਐੱਸ ਡੀ ਜੀ ਟੀਚਿਆਂ ਦਾ ਯੋਗਦਾਨ ਪਾ ਸਕੇ।

ਐੱਸ ਡੀ ਜੀ ਅਤੇ ਯੂ ਐੱਚ ਸੀ ਇਕੱਠਿਆਂ ਇਕ ਹੋਰ ਅਤੇ ਸ਼ਾਇਦ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਡਾ ਮੌਕਾ ਉਪਲਬਧ ਕਰਾਉਂਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਇਹ ਸਿਹਤ ਉਪਰ ਜਨਤਕ ਸੰਵਾਦ ਨੂੰ ਅਜਿਹੇ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਨੁਕਤੇ ਲੈ ਆਉਣਾ ਹੈ, ਜਿਥੋਂ ਸਿਹਤ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਸੁਧਾਰਾਂ ਅਤੇ ਇਸ ਨੂੰ ਮਜ਼ਬੂਤ ਕਰਨ ਦੀ ਗੱਲ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੋ ਜਾਵੇ। ਇਹ ਸੰਭਵ ਹੈ ਕਿ ਜਦੋਂ 2030 ਵਿੱਚ ਵਿਸ਼ਵ ਆਗੂ ਐੱਸ ਡੀ ਜੀ ਸਫਲਤਾਵਾਂ ਦੇ ਮੁਲਾਂਕਣ ਲਈ ਮੁੜ ਇਕੱਠੇ ਹੋਣ ਤਾਂ ਐੱਸ ਡੀ ਜੀ ਕਾਲ ਵਿੱਚ ਯੂ ਐੱਚ ਸੀ ਇਕ ਚਮਕਦਾ ਸਿਤਾਰਾ (ਵੱਡੀ ਉਪਲਬਧੀ) ਬਣ ਜਾਵੇ।

(ਲੇਖਕ ਵਿਸ਼ਵ ਸਿਹਤ ਸੰਗਠਨ, ਨਵੀਂ ਦਿੱਲੀ ਵਿਖੇ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਅਧਿਕਾਰੀ ਹਨ।)

e-mail :c.lahariya@gmail.com
lahariyac@who.int

ਕੁਪੋਸ਼ਣ ਘਟਾਉਣਾ : ਔਰਤ ਦਾ ਸਿਹਤਮੰਦ ਹੋਣਾ ਲਾਜ਼ਮੀ

✍ ਮੀਰਾ ਮਿਸ਼ਰਾ

ਬੀਮਾਰੀ ਤੇ ਕੁਪੋਸ਼ਣ ਦਾ ਗਹਿਰਾ ਸੰਬੰਧ ਹੈ; ਕਈ ਪੱਖੋਂ ਕੁਪੋਸ਼ਣ ਦੁਨੀਆਂ ਭਰ ਵਿੱਚ ਬੀਮਾਰੀ ਦਾ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਡਾ ਕਾਰਕ ਹੈ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਸੰਯੁਕਤ ਰਾਸ਼ਟਰ ਦੀ ਪੋਸ਼ਣ ਬਾਰੇ ਸਟੈਂਡਿੰਗ ਕਮੇਟੀ (ਯੂ ਐੱਨ ਐੱਸ ਸੀ ਐੱਨ) ਦਾ ਕਹਿਣਾ ਹੈ। ਕੁੱਝ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਖਰਾਬ ਸਿਹਤ ਜਾਂ ਬੀਮਾਰੀ ਕੁਪੋਸ਼ਣ ਦਾ ਸਿੱਧਾ ਨਤੀਜਾ ਹੋ ਸਕਦੀ ਹੈ ਜਦ ਕਿ ਕੁੱਝ ਹੋਰ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਇਸ ਦਾ ਮੁੱਖ ਯੋਗਦਾਨ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਕੁਪੋਸ਼ਣ ਦਾ ਪ੍ਰਭਾਵ

ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਉਮਰ ਵਿਚ ਕੁਪੋਸ਼ਣ ਹੋਣ ਨਾਲ ਬਚਪਨ ਵਿੱਚ ਸਰੀਰਕ ਅਤੇ ਮਾਨਸਿਕ ਵਿਕਾਸ ਵਿੱਚ ਕਮੀ ਆ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਉਦਾਹਰਣ ਵਜੋਂ ਸਰੀਰਕ ਵਿਕਾਸ ਵਿੱਚ ਖੜੋਤ, ਵਿਕਾਸਸ਼ੀਲ ਦੇਸ਼ਾਂ ਦੇ ਸਕੂਲ ਜਾਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲੀ ਉਮਰ ਦੇ 147 ਮਿਲੀਅਨ ਤੋਂ ਵੱਧ ਬੱਚਿਆਂ ਨੂੰ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਕਰਦੀ ਹੈ (ਯੂ ਐੱਨ ਐੱਸ ਸੀ ਐੱਨ 5)। ਦੁਨੀਆਂ ਭਰ ਵਿੱਚ ਕੁਪੋਸ਼ਣ ਕਾਰਨ ਜਾਂ ਇਸ ਦੇ ਚਲਦਿਆਂ ਬੀਮਾਰੀਆਂ ਦੇ ਗੰਭੀਰ ਰੂਪ ਧਾਰਨ ਕਰਨ ਨਾਲ 45 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਬੱਚਿਆਂ ਦੀ ਮੌਤ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਇਥੋਂ ਤਕ ਕਿ ਹਲਕੇ ਜਿਹੇ ਘੱਟ ਭਾਰ ਵਾਲੇ ਬੱਚਿਆਂ ਨੂੰ ਵੀ ਵਧੀਆ ਪਾਲਣ-ਪੋਸ਼ਣ ਵਾਲੇ ਬੱਚਿਆਂ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਮੌਤ ਦਾ ਦੁੱਗਣਾ ਖ਼ਤਰਾ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ। ਸੂਖਮ ਪੌਸ਼ਟਿਕ ਤੱਤਾਂ ਵਿਚ ਵਿਟਾਮਿਨ ਏ ਦੀ ਕਮੀ ਸਰੀਰ ਦੀ ਸੁਰੱਖਿਆ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਨੂੰ ਕਮਜ਼ੋਰ ਕਰ ਦਿੰਦੀ ਹੈ ਜਿਸ ਕਾਰਨ ਹਰੇਕ ਸਾਲ ਲਗਭਗ 1 ਮਿਲੀਅਨ ਬੱਚੇ ਮੌਤ ਦਾ ਸ਼ਿਕਾਰ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਦੁਨੀਆਂ ਭਰ ਵਿਚ ਹਰ ਸਾਲ 60,000 ਤੋਂ ਵੱਧ ਗਰਭਵਤੀ ਔਰਤਾਂ ਦੀ ਸਰੀਰ ਵਿੱਚ ਆਇਰਨ ਦੀ ਸਖਤ ਕਮੀ ਕਰਕੇ ਮੌਤ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਇਸੇ ਪ੍ਰਕਾਰ ਫੋਲੇਟ (ਵਿਟਾਮਿਨ ਬੀ ਕੰਪਲੈਕਸ ਦਾ ਇਕ ਰੂਪ) ਦੀ ਕਮੀ ਕਾਰਨ 250,000 ਜਣੇਪਿਆਂ ਵਿੱਚ ਸਖਤ ਜਮਾਂਦਰੂ ਨੁਕਸ ਪਾਏ ਜਾਂਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਗਰਭ ਅਵਸਥਾ ਦੌਰਾਨ ਆਇਓਡੀਨ ਦੀ ਕਮੀ ਕਰਕੇ ਹਰੇਕ ਸਾਲ 18 ਮਿਲੀਅਨ ਦੇ ਲਗਭਗ ਨਵਜਾਤ ਬੱਚੇ ਦਿਮਾਗੀ ਕਮਜ਼ੋਰੀ ਦਾ ਸ਼ਿਕਾਰ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਸਕੂਲੀ ਬੱਚਿਆਂ ਦੇ ਆਈ ਕਿਊ ਪੱਧਰ ਵਿਚ 0–15 ਨੰਬਰਾਂ ਦੀ ਕਮੀ ਦੇਖੀ ਹੈ (ਭਾਰਤ ਦੀ ਸਿਹਤ ਰਿਪੋਰਟ : ਪੋਸ਼ਣ, 2015)।

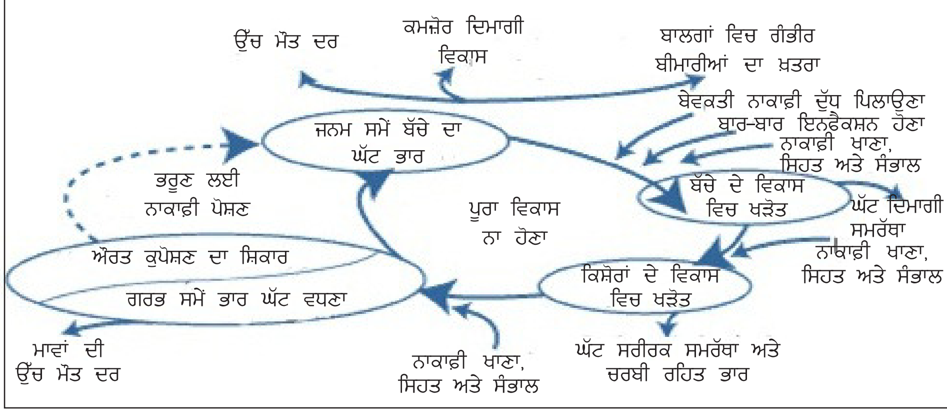
ਆਇਰਨ ਦੀ ਕਮੀ ਗਰਭਵਤੀ ਦੇ ਸਰੀਰ ਨੂੰ ਕਮਜ਼ੋਰ ਕਰਦੀ ਹੈ, ਗਰਭ ਵਿੱਚ ਵਿਕਾਸ ਵਿੱਚ ਖੜੋਤ ਆਉਂਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਗਰਭਵਤੀ ਅਤੇ ਭਰੂਣ ਨੂੰ ਰੋਗ ਲੱਗਣ ਅਤੇ ਮੌਤ ਦਾ ਖ਼ਤਰਾ ਵਧ ਜਾਂਦਾ ਹੈ (ਵਿਸ਼ਵ ਸਿਹਤ ਸੰਸਥਾ 2000 ਏ)। ਕੁਪੋਸ਼ਣ ਦੇ ਆਰਥਿਕ ਤੌਰ ਤੇ ਵੀ ਬਹੁਤ ਪ੍ਰਭਾਵ ਪੈਂਦੇ ਹਨ। ਮਿਸਾਲ ਦੇ ਲਈ ਖ਼ੂਨ ਦੀ ਕਮੀ ਨਾਲ ਸੰਬੰਧਿਤ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਬੱਚਿਆਂ ਅੰਦਰ ਬੌਧਿਕਤਾ ਦੀ ਕਮੀ ਅਤੇ ਬਾਲਗਾਂ ਵਿਚ ਪ੍ਰਜਨਣ ਸ਼ਕਤੀ ਸ਼ਾਮਿਲ ਹੈ, ਇਹ ਇਕੱਲੇ ਦੱਖਣੀ ਏਸ਼ੀਆ ਨੂੰ ਹਰੇਕ ਸਾਲ 5 ਬਿਲੀਅਨ ਅਮਰੀਕੀ ਡਾਲਰ ਵਿੱਚ ਪੈਂਦੀ ਹੈ (ਰੌਸ ਅਤੇ ਹਾਰਟਨ, 1998)।

ਸਿਹਤ ਤੇ ਪੋਸ਼ਣ ਵਿਚਕਾਰ ਅੰਤਰ – ਪੀੜ੍ਹੀ ਅਤੇ ਬਹੁ-ਆਯਾਮੀ ਸੰਬੰਧ

ਵਿਕਾਸ ਦੀ ਅਸਫਲਤਾ ਦਾ ਅੰਤਰ-ਪੀੜ੍ਹੀ ਚੱਕਰ, ਜਿਸ ਨੂੰ ਸਭ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ 1992 ਵਿੱਚ ਵਿਆਖਿਆਤ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ, ਬਿਆਨ ਕਰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਕਿਵੇਂ ਵਿਕਾਸ ਦੀ ਅਸਫਲਤਾ ਮਾਤਾ ਰਾਹੀਂ ਪੀੜ੍ਹੀ ਦਰ ਪੀੜ੍ਹੀ ਤਬਦੀਲ ਹੁੰਦੀ ਰਹਿੰਦੀ ਹੈ ਜੋ ਔਰਤਾਂ ਦੀ ਸਿਹਤ ਤੇ ਭਲਾਈ ਦੇ ਮੁੱਦਿਆਂ ਨੂੰ ਹੱਲ ਕਰਨ ਦੇ ਮਹੱਤਵ ਨੂੰ ਉਜਾਗਰ ਕਰਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਕਿ ਕੁਪੋਸ਼ਣ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਅਹਿਮ ਬਦਲਾਅ ਲਿਆਂਦੇ ਜਾ ਸਕਣ। ਕੁਪੋਸ਼ਣ ਦਾ ਸ਼ਿਕਾਰ ਲੜਕੀਆਂ ਉਲਟ ਸਰੀਰਕ ਹਾਲਤਾਂ ਵਿੱਚ ਕਿਸ਼ੋਰ ਅਵੱਸਥਾ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰੁੱਜਣਗੀਆਂ ਜਿਸ ਦਾ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਸਿਹਤ ਉਤੇ ਬਹੁਤ ਹੀ ਗੰਭੀਰ ਪ੍ਰਭਾਵ ਪਵੇਗਾ, ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਜਦੋਂ ਜਲਦੀ ਗਰਭ ਧਾਰਨ ਹੋ ਜਾਵੇ। ਵਿਕਾਸ ਦੀ ਖੜੋਤ ਜਾਂ ਖ਼ੂਨ ਦੀ ਕਮੀ ਦੀਆਂ ਸ਼ਿਕਾਰ ਕਿਸ਼ੋਰ ਮਾਵਾਂ ਨੂੰ ਬੱਚੇ ਦੇ ਜਨਮ ਸਮੇਂ ਅਤੇ ਇਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਦੇ ਸਮੇਂ ਦੌਰਾਨ, ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਜਨਮੇ ਬੱਚਿਆਂ ਨੂੰ ਜਨਮ ਦੇਣ ਸਮੇਂ ਅਤੇ ਘੱਟ ਭਾਰ ਵਾਲੇ ਬਾਲਕਾਂ ਦੇ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ ਵੱਧ ਪੇਚੀਦਗੀਆਂ ਦਾ ਸ਼ਿਕਾਰ ਹੋਣਾ ਪੈਂਦਾ ਹੈ। ਛੇਤੀ-ਛੇਤੀ ਗਰਭ ਧਾਰਨ ਅਤੇ ਬਾਰ-ਬਾਰ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਜਨਮ ਦੇਣ ਅਤੇ ਭਾਰੀ ਸਰੀਰਕ ਕੰਮ, ਮਾੜੀ ਖੁਰਾਕ, ਵਿਤਕਰੇ ਅਤੇ ਨਾਕਾਫ਼ੀ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਦੇ ਚਲਦਿਆਂ ਬਹੁਤ ਸਾਰੀਆਂ ਔਰਤਾਂ ਦੀ ਪੋਸ਼ਣ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਬਹੁਤ ਨਾਜ਼ਕ ਬਣ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਜਿਸ ਦੇ ਸਿੱਟੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਆਪ ਅਤੇ ਆਉਣ ਵਾਲੀ ਪੀੜ੍ਹੀ ਦੀ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਪੋਸ਼ਣ ਦੇ ਰੂਪ ਵਿਚ ਭੁਗਤਣੇ ਪੈਂਦੇ ਹਨ (ਵਿਸ਼ਵ ਸਿਹਤ ਸੰਸਥਾ 1997, 2000 ਏ, ਸੰਯੁਕਤ ਰਾਸ਼ਟਰ ਜਨਸੰਖਿਆ ਫੰਡ 1997, 2000)।

ਔਰਤ ਦੇ ਗਰਭ ਧਾਰਨ ਕਰਨ ਅਤੇ ਉਸ ਦੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਦੂਜੇ ਜਨਮ ਦਿਨ ਦਰਮਿਆਨ ਦੇ 1000 ਦਿਨ ਦੇ ਸਮੇਂ ਦੌਰਾਨ ਬੱਚੇ ਦਾ ਪੋਸ਼ਣ ਆਉਣ ਵਾਲੀ ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਦੀ ਬੁਨਿਆਦ ਤਹਿ ਕਰ ਦਿੰਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਕਾਲ ਦੌਰਾਨ ਸਹੀ ਪੋਸ਼ਣ ਦਾ ਬੱਚੇ ਦੀ ਵਿਕਾਸ ਕਰਨ ਦੀ ਸਮਰੱਥਾ, ਸਿੱਖਣ ਅਤੇ ਵਧਣ-ਫੁੱਲਣ ਉਤੇ ਡੂੰਘਾ ਅਸਰ ਪਾਉਂਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਦੇਸ਼ ਦੀ ਸਿਹਤ ਤੇ ਭਲਾਈ ਵਿੱਚ ਵੀ ਚੋਖਾ ਯੋਗਦਾਨ ਪਾਉਂਦਾ ਹੈ। ਗਰਭ

ਜੀਵਨ ਚੱਕਰ ਦੌਰਾਨ ਪੋਸ਼ਣ ਦੀਆਂ ਕਮੀਆਂ



ਸਰੋਤ : 21ਵੀਂ ਸਦੀ ਦੀਆਂ ਪੋਸ਼ਣ ਦੀਆਂ ਚੁਣੌਤੀਆਂ ਬਾਰੇ ਨਿਯੁਕਤ ਏ ਸੀ ਸੀ/ਐੱਸ ਸੀ ਐੱਨ ਆਯੋਗ ਤੋਂ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕੀਤਾ ਗਿਆ।

ਅਵਸਥਾ ਅਤੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਦੇ ਪਹਿਲੇ ਵਰ੍ਹਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਪੋਸ਼ਣ ਦਿਮਾਗੀ ਵਿਕਾਸ, ਸਿਹਤਮੰਦ ਵਿਕਾਸ ਅਤੇ ਮਜਬੂਤ ਰੱਖਿਆ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਲਈ ਜ਼ਰੂਰੀ ਨੀਂਹ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਅਸਲ ਵਿੱਚ, ਵੱਧਦੇ ਹੋਏ ਵਿਗਿਆਨਕ ਸਬੂਤ ਇਹ ਦਰਸਾਉਂਦੇ ਹਨ ਕਿ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੀ ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਭਰ ਦੀ ਸਿਹਤ ਦੀ ਬੁਨਿਆਦ, ਜਿਸ ਵਿਚ ਮੋਟਾਪੇ ਅਤੇ ਕੁੱਝ ਖ਼ਾਸ ਪੁਰਾਣੀਆਂ ਬੀਮਾਰੀਆਂ ਦੇ ਰੁਝਾਨ ਸ਼ਾਮਲ ਹੁੰਦੇ ਹਨ – ਇਹ ਜ਼ਿਆਦਾਤਰ ਪਹਿਲੇ 1000 ਦਿਨਾਂ ਵਿਚ ਹੀ ਤਹਿ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

ਭਾਰਤ : ਸਥਿਤੀ ਅਤੇ ਹੁੰਗਾਰਾ

ਕੁਪੋਸ਼ਣ ਦੇ ਪੱਧਰ ਘੱਟ ਕਰਨ ਅਤੇ ਲਗਾਤਾਰ ਆਰਥਿਕ ਵਿਕਾਸ ਪ੍ਰਤਿ ਆਪਣੀ ਵਚਨਬੱਧਤਾ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ ਭਾਰਤ ਸਾਰੇ ਪ੍ਰਮੁੱਖ ਪੋਸ਼ਣ ਸੂਚਕਾਂ ਤੇ ਕਾਫੀ ਪਛੜਿਆ ਹੋਇਆ ਹੈ। ਬੱਚਿਆਂ ਵਿੱਚ ਕਰਵਾਇਆ ਤੇਜ਼ ਸਰਵੇਖਣ ਦਰਸਾਉਂਦਾ ਹੈ ਕਿ ਪੰਜ ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ 38.7 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਬੱਚਿਆਂ ਦੇ ਕੱਦ ਦਾ ਵਿਕਾਸ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ, 19.8 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਬੱਚਿਆਂ ਦੀਆਂ ਮਾਸ-ਪੇਸ਼ੀਆਂ ਤੇ ਤੰਤੂਆਂ ਵਿੱਚ ਖਰਾਬੀ ਹੈ ਅਤੇ 42.5 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਬੱਚਿਆਂ ਦਾ ਭਾਰ ਨਿਰਧਾਰਤ ਸੀਮਾ ਤੋਂ ਘੱਟ ਹੈ। ਕੱਦ ਦਾ ਵਿਕਾਸ ਨਾ ਹੋਣ ਦਾ ਕਾਰਨ ਲੰਮੇ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਢੁੱਕਵਾਂ ਪੋਸ਼ਣ ਨਾ ਹੋਣਾ, ਮਾਸ-ਪੇਸ਼ੀਆਂ ਤੇ ਤੰਤੂਆਂ ਵਿੱਚ ਵਿਗਾੜ, ਗੰਭੀਰ ਕੁਪੋਸ਼ਣ ਅਤੇ ਭਾਰ ਦਾ ਘੱਟ ਹੋਣਾ ਪਹਿਲੇ ਦੋਵਾਂ ਕਾਰਨਾਂ ਦਾ ਮਿਸ਼ਰਣ ਹੋਣ ਕਰਕੇ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। 2006 ਤਕ ਇਨ੍ਹਾਂ ਅੰਕੜਿਆਂ ਵਿੱਚ ਗਿਰਾਵਟ ਕਾਫ਼ੀ ਮਧਮ ਸੀ। ਪਰ, ਐੱਨ ਐੱਫ ਐੱਚ ਐੱਸ-3 ਦੇ ਲਾਗੂ ਹੋਣ ਨਾਲ ਇਸ ਨੇ ਰਫ਼ਤਾਰ ਫੜੀ ਜਿਸ ਨਾਲ 1992-2006 ਦੇ 1.2 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ 2006-14 ਦੇ ਸਮੇਂ ਦੌਰਾਨ ਬੱਚਿਆਂ ਦੇ ਕੱਦ ਨਾ ਵਧਣ ਦੀ ਸਾਲਾਨਾ ਔਸਤ ਦਰ 2.3 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਪ੍ਰਤਿ ਸਾਲ ਘੱਟ ਹੋਈ (ਆਰ ਐੱਸ ਓ ਸੀ,ਠ 2014)।

ਦੇਸ਼ ਵਿੱਚ ਕੁਪੋਸ਼ਣ ਦੀ ਸਮੱਸਿਆ ਨਾਲ ਸਿੱਝਣ ਲਈ ਬਹੁਤ ਸਾਰੀਆਂ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ਾਂ ਜਾਰੀ ਹਨ। ਸਰਕਾਰ ਇਸ ਮਾਮਲੇ ਵਿੱਚ ਸਰਗਰਮ ਨਜ਼ਰ ਆ ਰਹੀ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸ ਦੇ ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਵਿਭਾਗ/ਮੰਤਰਾਲੇ ਕਈ ਪ੍ਰਕਾਰ ਦੀਆਂ ਸਕੀਮਾਂ ਤੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਲਾਗੂ ਕਰ ਰਹੇ ਹਨ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਪੋਸ਼ਣ ਉਤੇ ਸਿੱਧਾ ਜਾਂ ਅਸਿੱਧਾ ਅਸਰ ਪੈਂਦਾ ਹੈ। ਗੌਰ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਔਰਤ ਤੇ ਬਾਲ ਵਿਕਾਸ ਮੰਤਰਾਲਾ ਦਾ ਮੋਹਰੀ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਆਈ ਸੀ ਡੀ ਐੱਸ ਬੱਚਿਆਂ ਤੇ ਗਰਭਵਤੀ ਔਰਤਾਂ ਦੇ ਪੋਸ਼ਣ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਕਰਨ ਲਈ ਕੰਮ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੈ। ਇਸ ਅਧੀਨ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦਾ ਇਕ ਪੈਕੇਜ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤਾ ਜਾ ਰਿਹਾ ਹੈ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਪੂਰਕ ਪੋਸ਼ਣ, ਟੀਕਾਕਰਨ, ਸਿਹਤ ਜਾਂਚ ਪੜਤਾਲ, ਰੈਫਰਲ ਸੇਵਾਵਾਂ ਆਦਿ। ਇਸ ਦੇ ਲਈ ਆਂਗਨਵਾੜੀ ਕੇਂਦਰਾਂ ਵਿੱਚ ਕੰਮ ਕਰ ਰਹੇ ਮੋਹਰੀ ਕਾਮਿਆਂ ਦੇ ਸਮੂਹ ਦੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਲਈਆਂ ਜਾ ਰਹੀਆਂ ਹਨ। ਖੁਰਾਕ ਤੇ ਸਿਵਲ ਸਪਲਾਈ ਮੰਤਰਾਲਾ ਵਲੋਂ ਜਨਤਕ ਵੰਡ ਪ੍ਰਣਾਲੀ (ਪੀ ਡੀ ਐੱਸ) ਦਾ ਵਿਸ਼ਾਲ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਚਲਾਇਆ ਜਾ ਰਿਹਾ ਹੈ ਜਿਸ ਅਧੀਨ ਵਾਜਬ ਕੀਮਤਾਂ ਤੇ ਪਰਿਵਾਰਾਂ ਨੂੰ ਅਨਾਜ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਵਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਸੇ ਪ੍ਰਕਾਰ ਦਿਹਾਤੀ ਵਿਕਾਸ ਮੰਤਰਾਲੇ ਵਲੋਂ ਮਗਨਰੇਗਾ ਸਕੀਮ ਲਾਗੂ ਕੀਤੀ ਜਾ ਰਹੀ ਹੈ ਜਿਸ ਦਾ ਉਦੇਸ਼ ਪਰਿਵਾਰਾਂ ਦੀ ਆਮਦਨ ਵਿੱਚ ਵਾਧਾ ਕਰਨਾ ਹੈ ਜਿਸ ਨਾਲ ਉਹ ਬੇਹਤਰ ਅੰਨ ਖਰੀਦਣ ਦੇ ਯੋਗ ਹੋ ਸਕਣ। ਮਨੁੱਖੀ ਵਸੀਲਾ ਵਿਕਾਸ ਮੰਤਰਾਲਾ ਵਲੋਂ ਲਾਗੂ ਕੀਤੀ ਗਈ ਮਿਡ ਡੇ ਮੀਲ ਸਕੀਮ ਸਕੂਲਾਂ ਵਿੱਚ ਖਾਣਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨ ਵਾਲੀ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਡੀ ਸਕੀਮ ਹੈ। ਕਬਾਇਲੀ ਮਾਮਲਿਆਂ ਬਾਰੇ ਮੰਤਰਾਲੇ ਵਲੋਂ ਕਬਾਇਲੀ ਜਨਸੰਖਿਆ ਦੀਆਂ ਬਹੁ-ਪ੍ਰਕਾਰੀ ਲੋੜਾਂ ਦੇ ਹੱਲ ਲਈ ਬਹੁਤ ਸਾਰੀਆਂ ਪਹਿਲਕਦਮੀਆਂ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾ ਰਹੀਆਂ ਹਨ। ਇਨ੍ਹਾਂ ਲੋੜਾਂ ਵਿੱਚ ਭੁੱਖ ਅਤੇ ਪੋਸ਼ਣ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ। ਨਿੱਜੀ ਖੇਤਰ, ਸਿਵਲ ਸੋਸਾਇਟੀ ਸਭਾਵਾਂ, ਦੂਜੇ ਵਿਕਾਸ ਭਾਈਵਾਲਾਂ ਅਤੇ ਸੰਯੁਕਤ ਰਾਸ਼ਟਰ ਦੀਆਂ ਏਜੰਸੀਆਂ ਵਲੋਂ ਵੀ ਅਨੇਕ ਕਦਮ ਚੁੱਕੇ

ਪਹਿਲੇ 1000 ਦਿਨਾਂ ਦੀ ਪੌਸ਼ਟਿਕਤਾ ਇਸ ਵਿੱਚ ਸਹਾਈ ਹੁੰਦੀ ਹੈ :

- ਬੱਚੇ ਦਾ ਦਿਮਾਗ ਵਿਕਸਤ ਕਰਕੇ ਉਸ ਦੇ ਸਰੀਰਕ ਵਿਕਾਸ ਨੂੰ ਹੁਲਾਰਾ ਦੇਣਾ।
- ਬੱਚੇ ਦੀ ਸਕੂਲ ਜਾਣ ਦੀ ਤਿਆਰੀ ਅਤੇ ਵਿੱਦਿਅਕ ਪ੍ਰਾਪਤੀਆਂ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਕਰਨਾ।
- ਸਿਹਤ, ਸਿੱਖਿਆ ਅਤੇ ਕਮਾਈ ਦੀਆਂ ਸੰਭਾਵਨਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਅਸਮਾਨਤਾਵਾਂ ਘੱਟ ਕਰਨੀਆਂ।
- ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਜ਼ਿੰਦਗੀ ਵਿੱਚ ਗੰਭੀਰ ਬੀਮਾਰੀਆਂ ਜਿਵੇਂ ਸ਼ੂਗਰ, ਦਿਲ ਦੇ ਰੋਗ ਹੋਣ ਦੇ ਖ਼ਤਰੇ ਨੂੰ ਘੱਟ ਕਰਨਾ।
- ਹਰੇਕ ਸਾਲ ਇਕ ਮਿਲੀਅਨ ਤੋਂ ਵੱਧ ਜਾਨਾਂ ਬਚਾਉਣੀਆਂ।
- ਦੇਸ਼ ਦੇ ਕੁੱਲ ਘਰੇਲੂ ਉਤਪਾਦ ਵਿੱਚ 12 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਤਕ ਦਾ ਵਾਧਾ ਕਰਨਾ।
- ਗਰੀਬੀ ਦੀ ਪੀੜ੍ਹੀ ਦਰ ਪੀੜ੍ਹੀ ਚੱਲਦੇ ਚੱਕਰ ਨੂੰ ਤੋੜਨਾ।

ਸਰੋਤ : http://thousanddays.org/the-issue/why-1000 days/

ਜਾ ਰਹੇ ਹਨ।

ਰਾਜ ਪੱਧਰੀ ਨਵੀਨਤਾ : ਉੱਤਰਾਖੰਡ ਦੇ ਮਾਮਲੇ ਦਾ ਅਧਿਐਨ

ਉੱਤਰਾਖੰਡ ਰਾਜ ਦੇ ਤਿੰਨ ਜ਼ਿਲ੍ਹਿਆਂ ਵਿੱਚ ਔਰਤਾਂ ਦੇ ਸੰਘ, ਆਈ ਸੀ ਡੀ ਐੱਸ ਅਧੀਨ ਘਰ ਲਿਜਾਉਣ ਵਾਲੇ ਰਾਸ਼ਨ ਦੇ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਮੰਡੂਆ (ਰਾਂਗੀ ਜਾਂ ਬਾਜਰਾ) ਅਤੇ ਦੂਜੇ ਰਵਾਇਤੀ ਅਨਾਜ ਦੇ ਦਾਲਾਂ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਵਾ ਰਹੇ ਹਨ। ਉਨ੍ਹਾਂ ਔਰਤਾਂ ਵਲੋਂ ਅਨਾਜ ਦੇ ਦਰਜਾਬੰਦੀ, ਛਟਾਈ ਅਤੇ ਪੈਕਿੰਗ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਜਿਸ ਦੇ ਬਦਲੇ ਸੰਘ ਵਲੋਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਪ੍ਰਤਿ ਪੈਕਟ 1 ਰੁਪਿਆ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਕ ਔਰਤ ਰੋਜ਼ਾਨਾ 4-5 ਘੰਟੇ ਕੰਮ ਕਰਕੇ 150 ਪੈਕਟ ਬਣਾ ਦਿੰਦੀ ਹੈ। 10 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਦੇ ਮੁਨਾਫੇ ਨਾਲ ਆਈ ਸੀ ਡੀ ਐੱਸ ਦੇ ਰਾਸ਼ਨ ਸੰਘਾਂ ਦੀ ਵਿਹਾਰਕਤਾ ਅਤੇ ਸਥਿਰਤਾ ਨੂੰ ਸੁਧਾਰਨ ਵਿੱਚ ਅਹਿਮ ਯੋਗਦਾਨ ਪਾ ਰਹੇ ਹਨ ਜਦ ਕਿ ਇਸੇ ਹੀ ਸਮੇਂ ਆਈ ਸੀ ਡੀ ਐੱਸ ਨੂੰ ਸਾਫ਼ ਸੁਥਰੀ ਤੇ ਪੌਸ਼ਟਿਕ ਪੂਰਤੀ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾ ਰਹੇ ਹਨ। ਸੰਘਾਂ ਵਲੋਂ ਕਿਸਾਨਾਂ ਨੂੰ ਮੰਡੂਆ ਲਈ 10 ਤੋਂ 15 ਰੁਪਏ ਪ੍ਰਤਿ ਕਿਲੋ ਦਿੱਤੇ ਜਾ ਰਹੇ ਹਨ ਜਦ ਕਿ ਪਹਿਲਾਂ 5 ਤੋਂ 8 ਰੁਪਏ ਪ੍ਰਤਿ ਕਿਲੋ ਦਿੱਤੇ ਜਾਂਦੇ ਸਨ। ਇਸ ਮੌਕੇ ਦੇ ਮਿਲਣ ਨਾਲ ਹੁਣ ਕਿਸਾਨਾਂ ਦਾ ਰੁਝਾਨ ਰਵਾਇਤੀ ਫ਼ਸਲਾਂ ਉਗਾਉਣ ਵੱਲ ਵਧਿਆ ਹੈ ਅਤੇ ਬਾਜਰੇ ਦੇ ਬੀਜ ਦੀ ਮੰਗ ਵਿੱਚ ਵੀ ਵੱਡਾ ਵਾਧਾ ਹੋਇਆ ਹੈ। ਆਖਰ ਵਿੱਚ, ਪ੍ਰਾਸੈਸਿੰਗ ਅਤੇ ਪੈਕਿੰਗ ਦਾ ਕੰਮ ਸੰਘ ਦੇ ਮੈਂਬਰਾਂ ਲਈ ਭੁਗਤਾਨ ਵਾਲਾ ਰੁਜ਼ਗਾਰ ਪੈਦਾ ਕਰਦਾ ਹੈ। 2014-15 ਵਿੱਚ ਆਈ ਸੀ ਡੀ ਐੱਸ ਅਤੇ ਔਰਤਾਂ ਦੇ ਸੰਘਾਂ ਦਰਮਿਆਨ ਰਸਮੀ ਆਪਸੀ

ਸਮਝੌਤਾ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਉਤੇ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕੀਤੇ ਗਏ ਅਤੇ 25.30 ਮਿਲੀਅਨ ਰੁਪਏ ਦਾ ਵਪਾਰ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਜਿਸ ਤੋਂ 2.3 ਮਿਲੀਅਨ ਰੁਪਏ ਦਾ ਮੁਨਾਫ਼ਾ ਹੋਇਆ। ਅਪ੍ਰੈਲ 2014 ਤੋਂ ਦਸੰਬਰ 2014 ਦਰਮਿਆਨ ਸੰਘਾਂ ਵਲੋਂ 7500 ਗਰਭਵਤੀ/ਦੁੱਧ ਪਿਲਾਉਣ ਵਾਲੀਆਂ ਔਰਤਾਂ ਅਤੇ 22430 ਬੱਚਿਆਂ ਨੂੰ ਸਿੱਧਾ ਫ਼ਾਇਦਾ ਪੁਚਾਇਆ ਗਿਆ। ਇਹ ਪਹਿਲਕਦਮੀ ਉੱਤਰਾਖੰਡ ਸਰਕਾਰ ਦੇ ਏਕੀਕ੍ਰਿਤ ਰੋਜ਼ੀ-ਰੋਟੀ ਸਹਾਇਤਾ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਤਹਿਤ ਅਮਲ ਵਿੱਚ ਲਿਆਂਦੀ ਜਾ ਰਹੀ ਹੈ।

ਸਿੱਟਾ

ਪੋਸ਼ਣ ਬਾਰੇ ਹਾਲ ਹੀ ਵਿੱਚ ਜਾਰੀ ਭਾਰਤ ਦੀ ਸਿਹਤ ਰਿਪੋਰਟ ਵਿੱਚ ਛੇ ਅਹਿਮ ਸੁਨੇਹੇ ਦਿੰਦੀ ਹੈ :

- ਕੱਦ ਵਿੱਚ ਖੜੋਤ, ਮਾਸ-ਪੇਸ਼ੀਆਂ ਤੇ ਤੰਤੂਆਂ ਵਿੱਚ ਵਿਗਾੜ ਅਤੇ ਘੱਟ ਭਾਰ ਦੀ ਸਮੱਸਿਆ ਭਾਰਤ ਦੇ ਬੱਚਿਆਂ ਵਿੱਚ ਘੱਟ ਹੋਈ ਹੈ, ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਪਿਛਲੇ ਦਹਾਕੇ ਵਿੱਚ, ਪਰ ਹਾਲੇ ਵੀ ਇਹ ਸਮਾਨ ਆਮਦਨ ਪੱਧਰ ਵਾਲੇ ਦੇਸ਼ਾਂ ਦੇ ਪੈਮਾਨੇ ਤੋਂ ਵੱਧ ਹੈ।

- ਪੋਸ਼ਣ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਦੀ ਦਰ ਪਿਛਲੇ ਦਹਾਕਿਆਂ ਦੌਰਾਨ ਭਾਰਤ ਦੀ ਆਰਥਿਕ ਖ਼ੁਸ਼ਹਾਲੀ ਅਤੇ ਖੇਤੀਬਾੜੀ ਉਤਪਾਦਨ ਦੀਆਂ ਵਰਨਣਯੋਗ ਪ੍ਰਾਪਤੀਆਂ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ ਰਹੀ। ਆਰਥਿਕ ਤਰੱਕੀ ਨਾਲ ਕੱਦ ਦੇ ਵਿਕਾਸ ਵਿੱਚ ਖੜੋਤ ਦੀ ਦਰ ਘਟ ਸਕਦੀ ਹੈ ਪਰ ਆਰਥਿਕ ਵਿਕਾਸ ਆਪਣੇ ਆਪ ਕੁਪੋਸ਼ਣ ਨੂੰ ਘੱਟ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦਾ ਸਗੋਂ ਭਾਰ ਵਧਣ ਅਤੇ ਮੋਟਾਪੇ ਵਿੱਚ ਯੋਗਦਾਨ ਜ਼ਰੂਰ ਪਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।

- ਭਾਰਤ ਦੇ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਰਾਜਾਂ ਵਿੱਚ ਪੋਸ਼ਣ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਕੱਦ ਦੇ ਵਿਕਾਸ ਦੀ ਖੜੋਤ ਨੂੰ ਘੱਟ ਕਰਨ ਬਾਰੇ ਪ੍ਰਗਤੀ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਪੱਧਰ ਦੀ ਹੈ ਜਿਸ ਤੋਂ ਇਸ਼ਾਰਾ ਮਿਲਦਾ ਹੈ ਕਿ ਕੱਦ ਦੇ ਵਿਕਾਸ ਦੀ ਖੜੋਤ ਨੂੰ ਰੋਕਣ ਵਿੱਚ ਹੋਰ ਪ੍ਰਾਪਤੀਆਂ ਲਈ ਰਾਜ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਤਰੀਕੇ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹਨ।

- ਭਾਰਤ ਵਿੱਚ ਸਰੀਰਕ ਵਿਕਾਸ ਵਿੱਚ ਖੜੋਤ ਅਤੇ ਤਰੱਕੀ ਵਿੱਚ ਫ਼ਰਕ ਦੇ ਕਾਰਨ ਜਟਿਲ ਅਤੇ ਆਪਸ ਵਿੱਚ ਜੁੜੇ ਹੋਏ ਹਨ। ਕੁੱਝ ਕਾਰਕ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਪੂਰਕ ਪੋਸ਼ਣ, ਔਰਤਾਂ ਦਾ ਰੁਤਬਾ ਤੇ ਸਿਹਤ, ਸਾਫ਼-ਸਫ਼ਾਈ ਅਤੇ ਸਮਾਜਿਕ/ਜਾਤੀਗਤ ਗ਼ੈਰ-ਬਰਾਬਰੀ ਵੱਡੀਆਂ ਚੁਨੌਤੀਆਂ ਹਨ।

- ਜੇ ਭਾਰਤ ਕੁਪੋਸ਼ਣ ਅਤੇ ਇਸ ਦੇ ਬੱਚਿਆਂ ਦੇ ਵਿਕਾਸ ਉਤੇ ਪੈਣ ਵਾਲੇ ਪ੍ਰਭਾਵਾਂ ਦੀ ਸਮੱਸਿਆ ਨਜ਼ਰਅੰਦਾਜ਼ ਕਰੇਗਾ ਤਾਂ ਇਸ ਦੀਆਂ ਭਵਿੱਖੀ ਪੀੜ੍ਹੀਆਂ ਲਈ ਇਸ ਦੇ ਵੱਡੇ ਆਰਥਿਕ, ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਸਮਾਜਕ ਨਤੀਜਿਆਂ ਦਾ ਜੋਖਮ ਹੋਵੇਗਾ।

- ਭਾਰਤ ਦੀ ਕੁਪੋਸ਼ਣ ਦੀ ਸਮੱਸਿਆ ਬੱਚਿਆਂ ਦੇ ਵਿਕਾਸ ਲਈ ਇਕ ਗੰਭੀਰ ਖ਼ਤਰਾ ਹੈ। ਰਾਜ ਪੱਧਰ ਉਤੇ ਕਾਰਜ 'ਚ ਤੇਜ਼ੀ ਲਿਆਉਣੀ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ ਤਾਂ ਕਿ ਭਾਰਤ ਦੇ ਬੱਚਿਆਂ ਦੇ ਭਵਿੱਖ ਦੀ ਦਿਸ਼ਾ ਬਦਲੀ ਜਾ ਸਕੇ।

ਔਰਤ ਦਾ ਘੱਟ ਉੱਚਾ ਕੱਦ, ਸਰੀਰਕ

ਬਾਕੀ ਸਫ਼ਾ 39 ਉੱਤੇ

ਮਿਸ਼ਨ ਇੰਦਰਧਨੁਸ਼ : ਭਾਰਤ ਵਿੱਚ ਬੱਚਿਆਂ ਨੂੰ ਰੋਗਾਂ ਤੋਂ ਬਚਾਉਣ ਲਈ ਉਮੀਦ ਦੀ ਕਿਰਨ

ਰਾਕੇਸ਼ ਕੁਮਾਰ

"ਭਾਰਤ ਦਾ ਰੋਗਾਂ ਤੋਂ ਸੁਰੱਖਿਆ ਕਰਨ ਦਾ ਵਿਆਪਕ ਟੀਕਾਕਰਨ ਤਜਰਬਾ ਅਤੇ ਖ਼ਾਸ ਤੌਰ ਤੇ ਇਸ ਸਾਲ ਇਸ ਦੇ ਮਿਸ਼ਨ ਇੰਦਰਧਨੁਸ਼ ਦੇ ਸਫਲ ਤਜਰਬੇ ਨੂੰ ਸਭ ਦੇਸ਼ਾਂ ਨਾਲ ਸਾਂਝਾ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।" - ਪ੍ਰਧਾਨ ਮੰਤਰੀ ਨਰਿੰਦਰ ਮੋਦੀ ਦੇ 24 ਤਰਜੀਹੀ ਦੇਸ਼ਾਂ ਦੇ ਸਿਹਤ ਮੰਤਰੀਆਂ ਦੇ ਵਿਸ਼ਵੀ ਕਾਰਵਾਈ ਮੰਗ ਸਿਖਰ ਸੰਮੇਲਨ ਵਿੱਚ ਦਿੱਤੇ ਭਾਸ਼ਣ ਵਿਚੋਂ ਅੰਸ਼।

ਮੰਗਲ ਗ੍ਰਹਿ ਉਪਰ ਪਾਣੀ ਹੋਣ ਦੀ ਸੰਭਾਵਨਾ ਦੀ ਖੋਜ ਇਕ ਵੱਡੀ ਵਿਗਿਆਨਕ ਉਪਲਬਧੀ ਹੈ ਅਤੇ 400 ਕਿਲੋਮੀਟਰ ਪ੍ਰਤਿ ਘੰਟਾ ਦੀ ਸਪੀਡ ਉਤੇ ਰੇਲ ਰਾਹੀਂ ਸਫਰ ਕਰ ਸਕਣਾ ਤਕਨਾਲੋਜੀ ਉੱਨਤੀ ਦਾ ਸੂਚਕ ਹੈ। ਪਰ ਸਹੀ ਅਰਥਾਂ ਵਿੱਚ ਵਿਸ਼ਵਵਿਆਪੀ ਉੱਨਤੀ ਉਸ ਵੇਲੇ ਸੰਭਵ ਹੋ ਸਕੇਗੀ ਜਦੋਂ ਸਾਡੇ ਸਮਾਜ ਦੇ ਸਭ ਬੱਚਿਆਂ ਨੂੰ ਬੁਨਿਆਦੀ ਅਧਿਕਾਰ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਸਿਹਤਮੰਦ ਜੀਵਨ ਬਤੀਤ ਕਰਨਾ ਨਿਸ਼ਚਿਤ ਹੋ ਜਾਵੇਗਾ। ਕਿਸੇ ਵੀ ਦੇਸ਼ ਦੇ ਬੱਚੇ, ਉਥੋਂ ਦਾ ਸਭ ਤੋਂ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਅਸਾਸਾ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਵਿਕਾਸ ਉਨਾ ਹੀ ਮਹੱਤਵ ਰੱਖਦਾ ਹੈ, ਜਿੰਨਾ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਵਸੀਲੇ ਦਾ।

ਸਮੁੱਚੇ ਵਿਸ਼ਵ ਵਿਚ, ਹਰ ਸਾਲ 1.1 ਕਰੋੜ ਮਰਨ ਵਾਲੇ ਬੱਚਿਆਂ ਵਿਚੋਂ 70 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਤੋਂ ਵੱਧ ਦੀ ਮੌਤ ਮਰੋੜ, ਮਲੇਰੀਆ, ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਜਨਮ ਵੇਲੇ ਲੱਗੀ ਲਾਗ, ਨਮੋਨੀਆ, ਪੂਰੇ ਦਿਨਾਂ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਬੱਚੇ ਦਾ ਜਨਮ ਜਾਂ ਜਨਮ ਵੇਲੇ ਆਕਸੀਜ਼ਨ ਦੀ ਘਾਟ ਕਾਰਨ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਇਕ ਧਿਆਨ ਦੇਣ ਯੋਗ ਪਹਿਲੂ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਮੌਤਾਂ ਵਧੇਰੇ ਕਰਕੇ ਵਿਕਾਸਸ਼ੀਲ ਦੇਸ਼ਾਂ ਵਿਚ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਤਾਜ਼ਾ ਅੰਕੜਿਆਂ ਅਨੁਸਾਰ ਵਿਸ਼ਵਵਿਆਪੀ ਬੱਚਿਆਂ ਦੇ ਮਰਨ ਵਿੱਚ ਭਾਰਤ ਦਾ ਲਗਭਗ 21 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਹਿੱਸਾ ਹੈ (ਸ੍ਰੋਤ ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ ਉੱਨਤੀ ਰਿਪੋਰਟ ਯੂਨੀਸੈਫ)।

ਭਾਵੇਂ ਭਾਰਤ ਨੇ ਬੱਚਿਆਂ ਦੀ ਮਰਨ ਦਰ ਘਟਾਉਣ ਵਿੱਚ ਸ਼ਲਾਘਾਯੋਗ ਕੰਮ ਕੀਤਾ ਹੈ ਪਰ ਅੱਜ ਵੀ ਇਥੇ ਹਰ ਸਾਲ 7,60,000 ਬੱਚੇ ਮੌਤ ਦਾ ਸ਼ਿਕਾਰ ਹੋ ਜਾਂਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਵਿਚੋਂ ਬਹੁਤੀਆਂ ਮੌਤਾਂ ਅਜਿਹੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਕਾਰਨ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਰੋਕਥਾਮ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ ਸੀ। 2013 ਵਿੱਚ ਬੱਚਿਆਂ ਦੇ ਤੇਜ਼ ਕੀਤੇ ਸਰਵੇ ਦੇ ਅੰਕੜਿਆਂ ਅਨੁਸਾਰ, ਭਾਰਤ ਵਿੱਚ 89 ਲੱਖ ਅਜਿਹੇ ਬੱਚੇ ਸਨ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਟੀਕਾਕਰਨ ਅੱਧਾ-ਅਧੂਰਾ ਹੋਇਆ ਸੀ ਜਾਂ ਬਿਲਕੁਲ ਹੀ ਨਹੀਂ ਹੋਇਆ ਸੀ। ਭਾਰਤ ਸਰਕਾਰ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਤੋਂ ਸੁਰੱਖਿਆ ਲਈ ਟੀਕਾਕਰਨ ਨੂੰ, ਬੱਚਿਆਂ ਦੇ ਜਿਉਂਦੇ ਬਚਣ ਦੀ ਨੀਤੀ ਲਈ ਇਕ ਨਿਰਣਾਇਕ ਪੱਖ ਮੰਨਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸ ਨੂੰ ਇਕ ਨੇਮਬਧ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਚਲਾਉਣ ਵਾਲੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੇ ਤੌਰ ਤੇ ਚਲਾਉਂਦੀ ਰਹੀ ਹੈ। ਭਾਰਤ ਸਰਕਾਰ ਇਹ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਣ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕਰਦੀ ਹੈ ਕਿ ਰੋਗਾਂ ਤੋਂ ਸਰਵਵਿਆਪੀ ਬਚਾਅ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਅਧੀਨ ਦਵਾਈਆਂ ਹਰ ਇਕ ਬੱਚੇ ਲਈ ਉਪਲਬਧ ਹੋਣ।

ਦਸੰਬਰ 2014 ਵਿੱਚ, ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਪਰਿਵਾਰ ਕਲਿਆਣ ਮੰਤਰਾਲਾ ਨੇ ਮਿਸ਼ਨ ਇੰਦਰਧਨੁਸ਼, ਇਕ ਰਾਸ਼ਟਰਵਿਆਪੀ ਪਹਿਲ ਦੇ ਤੌਰ ਤੇ, ਜੋ ਬੱਚੇ ਨੇਮਬਧ ਸਰਵਵਿਆਪੀ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਤੋਂ ਬਚਾਅ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਰਹਿ ਗਏ ਜਾਂ ਅੱਧੇ-ਅਧੂਰੇ ਤੌਰ ਤੇ ਹੀ ਇਸ ਅਧੀਨ ਆ ਸਕੇ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਲਈ ਇਸ ਮਿਸ਼ਨ ਨੂੰ ਸ਼ੁਰੂ ਕੀਤਾ। ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਤੌਰ ਤੇ ਜੋ ਗੱਲ ਉਸ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਨੂੰ ਸਭ ਤੋਂ ਅਦੁੱਤੀ ਬਣਾ ਦਿੰਦੀ ਹੈ, ਉਹ ਹੈ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਜ਼ੋਰ ਦਿੱਤੀ ਅਤੇ ਪ੍ਰਣਾਲੀਬਧ, ਇਸ ਨੂੰ ਚਲਾਉਣ ਦੀ ਕਾਰਜ ਵਿਧੀ। ਇਸ ਨੂੰ ਇਕ ਮਿਸ਼ਨ ਦੇ ਤੌਰ ਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ ਜੋ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਤੋਂ ਬਚਾਉਣ ਦੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਅਧੀਨ ਆਉਣ ਤੋਂ ਰਹਿ ਗਏ ਹਨ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਕਾਰਨ ਰਹਿ ਗਏ ਹਨ, ਇਸ ਅਧੀਨ ਲਿਆਉਣਾ ਹੈ।

ਸਤਰੰਗੀ ਪੀਂਘ ਦੇ ਸੱਤ ਰੰਗਾਂ ਨੂੰ ਦਰਸਾਉਂਦੇ ਹੋਏ, ਮਿਸ਼ਨ ਇੰਦਰਧਨੁਸ਼ ਅਧੀਨ ਸੱਤ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਗਲਘੋਟੂ ਰੋਗ, ਕਾਲੀ ਖਾਂਸੀ, ਟੈਟਨਸ, ਪੋਲੀਓ, ਟੀ ਬੀ, ਖ਼ਸਰਾ ਅਤੇ ਹੈਪੇਟਾਈਟਸ ਬੀ ਹਨ। ਗਰਭਵਤੀ ਔਰਤਾਂ ਨੂੰ ਟੈਟਨਸ ਦਾ ਟੀਕਾ ਲਗਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਦੇ ਨਾਲ-ਨਾਲ ਰਾਜਾਂ ਅਤੇ ਕੇਂਦਰ ਸ਼ਾਸਤ ਪ੍ਰਦੇਸ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਐੱਚ ਆਈ ਵੀ ਲਈ ਵੀ ਟੀਕਾਕਰਨ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ, ਦੇਸ਼ ਦੇ ਕੁੱਝ ਚੁਣੇ ਹੋਏ, ਜਪਾਨੀ ਐਨਫਲਾਈਟੀਜ਼ ਰੋਗ ਫੈਲਣ ਵਾਲੇ ਜ਼ਿਲ੍ਹਿਆਂ ਵਿੱਚ, ਵੀ ਇਸ ਲਈ ਟੀਕਾਕਰਨ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਦੋ ਸਾਲ ਤੋਂ ਘੱਟ ਉਮਰ ਦੇ ਬੱਚੇ ਅਤੇ ਗਰਭਵਤੀ ਔਰਤਾਂ, ਸਭ ਉਪਲਬਧ ਟੀਕੇ ਦੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਲਈ ਇੰਦਰਧਨੁਸ਼ ਮਿਸ਼ਨ ਦੇ ਦਾਇਰੇ ਹੇਠ ਆਉਂਦੇ ਹਨ। ਇੰਦਰਧਨੁਸ਼ ਮਿਸ਼ਨ ਦੇ ਪੜਾਅ-1 ਅਧੀਨ ਸਰਕਾਰ ਨੇ ਸਮੁੱਚੇ ਦੇਸ਼ ਵਿੱਚ 201 ਵਧੇਰੇ ਜ਼ੋਰ ਦੇਣ ਦੀ ਲੋੜ ਵਾਲੇ ਜ਼ਿਲ੍ਹੇ ਪਛਾਣੇ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਅੱਧੇ-ਅਧੂਰੇ ਜਾਂ ਬਿਲਕੁਲ ਹੀ ਚੇਚਕ ਦੇ ਟੀਕੇ ਨਹੀਂ ਲੱਗੇ ਬੱਚੇ ਸਨ। ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਟੀਕਾਕਰਨ ਹਾਸਲ ਕਰਨ ਲਈ, 7 ਅਪ੍ਰੈਲ 2015 ਨੂੰ ਵਿਸ਼ਵ ਸਿਹਤ ਦਿਨ ਦੇ ਮੌਕੇ ਉਤੇ

ਇੰਦਰਧਨੁਸ਼ ਮਿਸ਼ਨ ਦੇ ਪਹਿਲੇ ਪੜਾਅ ਦੀ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ ਅਤੇ ਅਪ੍ਰੈਲ ਤੋਂ ਜੁਲਾਈ 2015 ਵਿਚਕਾਰ ਹਰ ਮਹੀਨੇ ਦੇ ਸੱਤ ਦਿਨ ਜੋਰ-ਸ਼ੋਰ ਨਾਲ ਟੀਕਾਕਰਨ ਮੁਹਿੰਮ ਚਲਾਈ ਗਈ ਸੀ।

ਸਰਕਾਰ ਨੇ ਹਰ ਪੱਧਰ ਉਤੇ ਭਾਰੀ ਯੋਜਨਾਬੰਦੀ ਕੀਤੀ ਅਤੇ ਜਬਰਦਸਤ ਪ੍ਰਚਾਰ ਕਰ ਕੇ ਸਮਾਜਕ ਚੇਤਨਾ ਜਗਾਉਣ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕੀਤੀ। ਸਿਹਤ ਕਰਮਚਾਰੀਆਂ ਅਤੇ ਪਹਿਲੀ ਕਤਾਰ ਦੇ ਕਾਮਿਆਂ ਨੂੰ ਜੋਰਦਾਰ ਸਿਖਲਾਈ ਦਿੱਤੀ ਗਈ ਅਤੇ ਇਸ ਦੇ ਨਾਲ-ਨਾਲ ਟਾਸਕ ਫੋਰਸਾਂ ਰਾਹੀਂ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰੀ ਠਹਿਰਾਉਣ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧ ਵੀ ਕੀਤਾ ਗਿਆ। ਚੌਥੇ ਗੇੜ ਦੇ ਅੰਤ ਉਤੇ, ਲਗਭਗ 20 ਲੱਖ ਬੱਚੇ ਰੋਗ ਤੋਂ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਕੀਤੇ ਗਏ ਸਨ ਅਤੇ 190 ਲੱਖ ਤੋਂ ਵੱਧ ਬੱਚੇ ਅਤੇ ਲਗਭਗ 21 ਲੱਖ ਗਰਭਵਤੀ ਔਰਤਾਂ ਸਨ। ਇਸ ਦੇ ਨਾਲ-ਨਾਲ, ਵਿਟਾਮਿਨ ਏ ਦੀਆਂ 20.2 ਲੱਖ ਖੁਰਾਕਾਂ ਦਿੱਤੀਆਂ ਜਾ ਚੁੱਕੀਆਂ ਸਨ ਅਤੇ 57 ਲੱਖ ਜਿਸਤੇ ਦੀਆਂ ਗੋਲੀਆਂ ਅਤੇ 17 ਲੱਖ ਓ ਆਰ ਐੱਸ ਪੈਕਟ ਵੰਡੇ ਜਾ ਚੁੱਕੇ ਸਨ। ਇੰਦਰਧਨੁਸ਼ ਮਿਸ਼ਨ ਦੇ ਯੋਜਨਾਬੰਦੀ ਅਤੇ ਨਿਗਰਾਨੀ ਦੇ ਠੋਸ ਢਾਂਚੇ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ, ਇਸ ਨੇ ਦਿੱਤੀਆਂ ਜਾਣ ਵਾਲੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਵੀ ਵਾਧਾ ਕੀਤਾ ਹੈ। ਇੰਦਰਧਨੁਸ਼ ਮਿਸ਼ਨ ਦਾ ਇਕ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਤੌਰ ਤੇ ਧਿਆਨ ਦੇਣ ਵਾਲਾ ਪਹਿਲੂ ਪੂਰੇ ਟੀਕਾਕਰਨ ਬਾਰੇ ਦੇਸ਼ ਵਿਆਪੀ ਸੂਚਨਾ ਸਿੱਖਿਆ ਅਤੇ ਪ੍ਰਚਾਰ ਮੁਹਿੰਮ ਚਲਾ ਕੇ ਇਸ ਬਾਰੇ ਜਾਗਰੂਕਤਾ ਪੈਦਾ ਕਰਨਾ ਹੈ।

ਇੰਦਰਧਨੁਸ਼ ਮਿਸ਼ਨ ਦੀ ਕਾਮਯਾਬੀ ਨੂੰ ਦੇਖਦੇ ਹੋਏ, ਕਈ ਰਾਜਾਂ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਹਰਿਆਣਾ, ਰਾਜਸਥਾਨ, ਦਿੱਲੀ, ਬਿਹਾਰ ਅਤੇ ਪੰਜਾਬ ਨੇ ਰਾਜ ਦੇ ਸਭ ਜ਼ਿਲ੍ਹਿਆਂ ਵਿੱਚ ਇਸ ਮੁਹਿੰਮ ਨੂੰ ਚਲਾਇਆ। ਭਾਰਤ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਭੂਗੋਲਿਕ ਖੇਤਰਾਂ ਵਾਲਾ ਦੇਸ਼ ਹੈ। ਮਿਸ਼ਨ ਇੰਦਰਧਨੁਸ਼ ਦੇ ਚਲਦੇ ਭਾਰੀ ਬਾਰਿਸ਼ ਅਤੇ ਹੜ੍ਹਾਂ ਨੇ ਕਈ ਰਾਜਾਂ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਜੰਮੂ-ਕਸ਼ਮੀਰ ਅਤੇ ਉੱਤਰ-ਪੂਰਬੀ ਰਾਜਾਂ ਵਿੱਚ ਇਸ ਸਰਗਰਮੀ ਉਪਰ ਮਾੜਾ ਅਸਰ ਪਾਇਆ, ਪਰ ਅਜਿਹੇ ਰਾਜਾਂ ਨੇ ਵੀ ਸਭ ਚਾਰੋਂ ਗੇੜ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਆਪਣੀਆਂ ਵਧੀਆ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ਾਂ ਜਾਰੀ ਰੱਖੀਆਂ ਜੋ ਬਹੁਤ ਪ੍ਰਸ਼ੰਸਾ ਯੋਗ ਹੈ। ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਰੋਗ ਤੋਂ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਕਰਨ ਲਈ ਕਈ ਰਾਜਾਂ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਮੱਧ ਪ੍ਰਦੇਸ਼ ਨੇ ਮਾਪਿਆਂ ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਬੱਚਿਆਂ ਨੂੰ ਟੀਕਾਕਰਨ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ ਉਤਸ਼ਾਹਤ ਕਰਨ ਲਈ ਕਈ ਨਵੇਂ-ਨਵੇਂ ਤਰੀਕੇ ਅਪਣਾਏ। ਸਚਾਈ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਮੱਧ ਪ੍ਰਦੇਸ਼ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਹਡੋਲ ਵਿੱਚ ਕੀਤੇ ਰੋਗ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਟੀਕਾਕਰਨ ਦੀ ਸੂਚਨਾ, ਸਿੱਖਿਆ ਅਤੇ ਪ੍ਰਚਾਰ ਮੁਹਿੰਮ ਦੀ ਅੰਤਰਰਾਸ਼ਟਰੀ ਮੰਚਾਂ ਉਪਰ ਵੀ ਤਾਰੀਫ ਕੀਤੀ ਗਈ ਅਤੇ ਉਸ ਨੂੰ ਦਿਖਾਇਆ ਗਿਆ।

ਇੰਦਰਧਨੁਸ਼ ਮਿਸ਼ਨ ਦੇ ਚਲਦੇ, ਵਿਕਾਸ ਦੇ ਭਾਗੀਦਾਰ ਕੇਂਦਰ ਅਤੇ ਰਾਜ ਸਰਕਾਰਾਂ ਨੇ ਮਿਲ ਕੇ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਤੋਂ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਕਰਨ ਦੇ ਚਾਲੂ ਨੇਮਬਧ ਟੀਕਾਕਰਨ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਵਿੱਚ ਖਾਮੀਆਂ ਨੂੰ ਪਛਾਣਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕੀਤੀ ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਪੂਰਤੀ ਕੀਤੀ, ਮਨੁੱਖੀ ਸ੍ਰੋਤਾਂ ਦਾ ਵਿਕਾਸ ਕੀਤਾ ਅਤੇ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਨੂੰ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਕਰਨ ਦੇ ਨੇਮਬਧ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਲਈ ਸੂਖਮ ਯੋਜਨਾਵਾਂ ਤਿਆਰ ਕਰਨ ਲਈ ਲਗਾਤਾਰ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ਾਂ ਕੀਤੀਆਂ। ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਪਰਿਵਾਰ ਕਲਿਆਣ ਮੰਤਰਾਲੇ ਤੋਂ ਲੈਕੇ ਹਰ ਪੱਧਰ ਉਤੇ ਇਸ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੀ ਸਖਤ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕੀਤੀ ਗਈ। ਸਭ ਵਧੇਰੇ ਧਿਆਨ ਦਿੱਤੇ ਗਏ ਜ਼ਿਲ੍ਹਿਆਂ ਵਿਚ, ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਪੱਧਰ ਦੇ ਨਿਗਰਾਨ ਤੈਨਾਤ ਕੀਤੇ ਗਏ ਸਨ ਅਤੇ ਵਿਸ਼ਵ ਸਿਹਤ ਸੰਸਥਾ ਅਤੇ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਪੋਲੀਓ ਨਿਗਰਾਨ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਨੇ ਇਸ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੇ ਚਲਣ ਅਤੇ ਉਸ ਦੇ ਲਾਗੂਕਰਨ ਦੇ ਨਿਗਰਾਨ ਮੈਡੀਕਲ ਅਫ਼ਸਰਾਂ, ਫੀਲਡ ਵਲੰਟੀਅਰਾਂ ਅਤੇ ਮਾਨੀਟਰਾਂ ਦੇ ਨੈੱਟਵਰਕ ਰਾਹੀਂ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕੀਤੀ।। ਇਸ ਦੇ ਨਾਲ-ਨਾਲ, ਯੂਨੀਸੈਫ ਅਤੇ ਹੋਰ ਜਨਣ, ਮਾਤਰੀ, ਬੱਚੇ ਅਤੇ ਛੋਟੀ ਉਮਰ ਦੇ ਬੱਚਿਆਂ ਦੀ ਸਿਹਤ ਲਈ ਜ਼ਿੰਮੇਵਾਰ ਹਿੱਸੇਦਾਰ ਸੰਸਥਾਨਾਂ ਨੇ ਸੰਚਾਰ ਅਤੇ ਸਿੱਖਿਆ, ਸੂਚਨਾ ਅਤੇ ਸੰਚਾਰ ਸਰਗਰਮੀਆਂ ਦੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਉਪਰ ਜੋਰ ਦਿੱਤਾ।। ਇੰਦਰਧਨੁਸ਼ ਮਿਸ਼ਨ ਵਿੱਚ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ, ਸਿਹਤ ਕਾਮਿਆਂ, ਏਜੰਸੀਆਂ ਅਤੇ ਸੰਸਥਾਨਾਂ ਦੇ ਤੌਰ ਤੇ ਸ਼ਮੂਲੀਅਤ ਦੇਖਣ ਨੂੰ ਮਿਲੀ।

ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੇ ਪਹਿਲੇ ਪੜਾਅ ਦੀ ਤਿਆਰੀ ਤੋਂ ਅਤੇ ਉਸ ਨੂੰ ਲਾਗੂ ਕਰਨ ਤੋਂ ਜੋ ਸਿੱਖਿਆ ਮਿਲੀ ਉਸ ਨੇ ਵਿਸਤ੍ਰਿਤ ਸੂਖਮ ਯੋਜਨਾਵਾਂ ਤਿਆਰ ਕਰਨ ਦੇ ਸੰਦਰਭ ਵਿੱਚ ਸਿਹਤ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਨੂੰ ਮਜਬੂਤ ਕੀਤਾ; ਰਾਜਾਂ ਵਿੱਚ ਰੋਗਾਂ ਤੋਂ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਕਰਨ ਦੇ ਦੌਰਾਂ ਲਈ ਸਖਤ ਨਿਗਰਾਨੀ ਅਤੇ ਮੁਲਾਂਕਣ ਦਾ ਮਜਬੂਤ ਢਾਂਚਾ ਤਿਆਰ ਕੀਤਾ (3,600 ਤੋਂ ਵੱਧ ਕੇਂਦਰੀ ਅਤੇ ਰਾਜ ਪੱਧਰੀ ਨਿਗਰਾਨ ਨਿਯੁਕਤ ਕਮੀਤੇ ਗਏ); ਸਭ ਤੋਂ ਅਗਲੇ ਕਾਮਿਆਂ ਦੀ ਸਿਖਲਾਈ ਅਤੇ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਰਾਜਾਂ ਵਿੱਚ ਰੁਕਾਵਟ ਪੈਦਾ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਕਾਰਣਾਂ ਦੀ ਖੋਜ ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਪੜਚੋਲ ਕਰਕੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਦੂਰ ਕਰਨ ਲਈ ਅਸਰਦਾਰ ਢਾਂਚੇ ਤਿਆਰ ਕੀਤੇ।

ਇੰਦਰਧਨੁਸ਼ ਮਿਸ਼ਨ ਦੇ ਪਹਿਲੇ ਦੌਰ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਬਹੁਤ ਚੰਗੇ ਸਨ ਪਰ ਭਾਰਤ ਸਰਕਾਰ ਨੇ ਇੰਦਰਧਨੁਸ਼ ਮਿਸ਼ਨ ਦਾ ਦੂਜਾ ਦੌਰ 353 ਚੁਣੇ ਹੋਏ ਜ਼ਿਲ੍ਹਿਆਂ ਵਿੱਚ ਸ਼ੁਰੂ ਕੀਤ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ 73 ਜ਼ਿਲ੍ਹੇ ਉਹ ਸਨ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਪਹਿਲੇ ਗੇੜ ਦਾ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਚਲਾਇਆ ਗਿਆ ਸੀ ਪਰ ਉਸ ਦੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਵੇਲੇ ਇਹ ਪਤਾ ਲੱਗਾ ਕਿ ਬਹੁਤ ਸਾਰੇ ਬੱਚੇ ਇਸ ਤੋਂ ਬਾਹਰ ਰਹਿ ਗਏ ਸਨ। ਦੂਸਰਾ ਦੌਰ 7 ਅਕਤੂਬਰ 2015 ਨੂੰ ਚਲਾਇਆ ਗਿਆ ਅਤੇ ਉਸ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਜਨਵਰੀ 2016 ਤੱਕ ਹਰ ਮਹੀਨੇ ਦੀ 7 ਤਰੀਕ ਨੂੰ ਦੁਹਰਾਇਆ ਗਿਆ। ਦੂਜੇ ਦੌਰ ਦੇ ਚਾਰੇ ਗੇੜਾਂ ਤੋਂ ਇਕੱਠੇ ਕੀਤੇ ਅੰਕੜਿਆਂ ਤੋਂ ਸੰਕੇਤ ਮਿਲਦਾ ਹੈ ਕਿ ਕੁੱਲ 8.1 ਲੱਖ ਸੈਸ਼ਨ ਚਲਾਏ ਗਏ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ 13.1 ਲੱਖ ਬੱਚਿਆਂ ਨੂੰ ਰੋਗਾਂ ਤੋਂ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਅਤੇ 6.1 ਲੱਖ ਗਰਭਵਤੀ ਔਰਤਾਂ ਦਾ ਟੀਕਾਕਰਨ ਕੀਤਾ ਗਿਆ।

ਭਾਰਤ ਸਰਕਾਰ ਦੇ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਪਰਿਵਾਰ ਕਲਿਆਣ ਮੰਤਰਾਲੇ ਨੇ ਇੰਦਰਧਨੁਸ਼ ਮਿਸ਼ਨ ਰਾਹੀਂ ਇੱਕ ਨਵੀਂ ਪਹੁੰਚ ਅਪਣਾਈ ਅਤੇ ਅਜਿਹਾ ਪਹਿਲੀ ਵਾਰ ਹੋਇਆ ਕਿ ਰੋਗਾਂ ਤੋਂ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਕਰਨ ਦੀ ਮੁਹਿੰਮ ਨੂੰ ਸਮਾਜ ਤਕ ਪਹੁੰਚਣ ਦੇ ਰਵਾਇਤੀ ਤਰੀਕਿਆਂ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਸੋਸ਼ਲ ਮੀਡੀਆ ਉਪਰ ਬਹੁਤ ਉਤਸ਼ਾਹ ਮਿਲਿਆ। ਸੋਸ਼ਲ ਮੀਡੀਆ ਉਪਰ ਸਿਹਤ ਕਾਮਿਆਂ ਦਾ ਧੰਨਵਾਦ ਕਰਨ ਦੀ ਇਕ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਲੜੀ 'ਆਸ਼ਾ ਧੰਨਵਾਦ' ਇੰਦਰਧਨੁਸ਼ ਮਿਸ਼ਨ ਦੇ ਇਰਦ-ਗਿਰਦ ਚਲੀ। ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਰੋਗਾਂ ਤੋਂ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਹੋਣ ਦੀ ਮੁਹਿੰਮ ਸੋਸ਼ਲ ਮੀਡੀਆ ਪਲੇਟਫਾਰਮਾਂ ਉਪਰ ਪੱਤਰਕਾਰਾਂ, ਬਲੌਗ ਲਿਖਣ ਵਾਲਿਆਂ ਅਤੇ ਮੁੱਖ ਅਸਰਕਾਰਾਂ ਨਾਲ ਗੱਲਬਾਤ ਜ਼ਰੀਏ ਚਲੀ। ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਰੋਗਾਂ ਤੋਂ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਹੋਣ ਦੀ ਸੋਚ ਵਿੱਚ, ਖ਼ਾਸ ਤੌਰ ਤੇ ਸੋਸ਼ਲ ਮੀਡੀਆ ਉਤੇ, ਕਾਫੀ ਬਦਲਾਅ

ਆਇਆ। ਅੱਜ ਸਾਡੇ ਕੋਲ ਅਜਿਹੇ ਮੈਡੀਕਲ ਪੇਸ਼ੇਵਰ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਕਾਮੇ ਹਨ ਜੋ ਸਾਡੇ ਨਾਲ ਰੋਗਾਂ ਤੋਂ ਸੁਰੱਖਿਅਤਾ ਬਾਰੇ ਤਾਜ਼ਾ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰਦੇ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ। ਸਾਨੂੰ ਰੋਗਾਂ ਤੋਂ ਸੁਰੱਖਿਅਤਾ ਦਾ ਵਿਸ਼ਵੀ ਗੱਲਬਾਤ ਵਿੱਚ ਵੀ ਮਾਨਤਾ ਮਿਲ ਰਹੀ ਹੈ, ਖ਼ਾਸ ਤੌਰ ਤੇ ਟਵਿਟਰ ਉਪਰ। ਇਸ ਪਹਿਲ ਦੀ ਪੱਧਰ ਦਾ ਕੋਈ ਸਾਨੀ ਨਹੀਂ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸ ਪਹਿਲ ਤੋਂ ਮਿਲੀ ਸਿੱਖਿਆ ਨੂੰ ਏਸ਼ੀਆ ਦੇ ਦੂਸਰੇ ਦੇਸ਼ਾਂ ਅਤੇ ਅਫਰੀਕੀ ਦੇਸ਼ਾਂ, ਜਿਥੇ ਰੋਗਾਂ ਨੂੰ ਸੁਰੱਖਿਅਤਾ ਦਾ ਪਸਾਰ ਘੱਟ ਹੈ, ਤੱਕ ਪਹੁੰਚਾਇਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਕਿ ਉਨ੍ਹਾਂ ਵਲੋਂ ਚਲਾਏ ਜਾ ਰਹੇ ਰੋਗਾਂ ਤੋਂ ਸੁਰੱਖਿਅਤਾ ਦੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਨੂੰ ਲਾਭ ਮਿਲੇ ਅਤੇ ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਬਚਾਅ ਹੋ ਸਕਣ ਵਾਲੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਬੱਚਿਆਂ ਦੇ ਮਰਨ ਨੂੰ ਖਤਮ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕੇ।

ਭਾਰਤ ਵਿੱਚ, ਇੰਦਰਧਨੁਸ਼ ਮਿਸ਼ਨ ਉਤੇ ਝਾਤ ਅਤੇ ਇਸ ਤੋਂ ਮਿਲੇ ਲਾਭ ਵਧੀਆ ਅਮਲ ਤਰੀਕੇ ਤਿਆਰ ਕਰਨ ਅਤੇ ਨਵੀਆਂ ਖੋਜਾਂ ਡਿਜ਼ਾਈਨ ਕਰਨ ਲਈ ਚੰਗੀ ਸੇਧ ਦੇ ਨੁਕਤੇ ਬਣ ਸਕਦੇ ਹਨ ਕਿਉਂਕਿ ਉਹ ਕਿਸੇ ਵੀ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੇ ਸਹੀ ਲਾਗੂਕਰਨ ਲਈ ਤਜਰਬੇ ਅਤੇ ਗਿਆਨ ਦੇ ਸਭ ਤੋਂ ਵਧੀਆ ਖਜ਼ਾਨੇ ਹਨ। ਇਸ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ, ਇਹ ਟੀਕਿਆਂ ਨਾਲ ਬਚਾਅ ਹੋ ਸਕਣ ਵਾਲੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਲਈ ਰੋਗਾਂ ਤੋਂ ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਰਹਿਣਾ, ਬੱਚਿਆਂ ਦੇ ਸਿਹਤਮੰਦ ਜੀਵਨ ਨੂੰ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਬਹੁਤ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ। ਜਿਉਂ-ਜਿਉਂ ਅਸੀਂ ਆਪਣੇ ਆਪ ਨੂੰ, ਪਾਇਦਾਰ ਟੀਚਿਆਂ ਦੇ ਸੈੱਟ ਵਾਲੇ ਵਿਕਾਸ ਦੇ ਇਕ ਵਿਸ਼ਵੀ ਏਜੰਡੇ ਵੱਲ ਮੁੜ ਤੋਂ ਵਚਨਬੱਧ ਕਰਦੇ ਹਾਂ, ਭਾਰਤ ਨੂੰ, ਸਾਡੇ ਬੱਚਿਆਂ ਲਈ ਇਕ ਸਿਹਤਮੰਦ ਅਤੇ ਵਧੇਰੇ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਭਵਿੱਖ ਲਿਆਉਣ ਲਈ ਇਸ ਵਚਨਬੱਧਤਾ ਨੂੰ ਇਕ ਸ਼ਾਨਦਾਰ ਉਦਾਹਰਣ ਬਣਨ ਦਿਓ।

(ਲੇਖਕ ਭਾਰਤ ਸਰਕਾਰ ਵਿੱਚ ਸੰਯੁਕਤ ਸਕੱਤਰ ਦੇ ਅਹੁਦੇ ਉਤੇ ਕੰਮ ਕਰ ਰਹੇ ਹਨ।)

e-mail :rk1992uk@gmail.com

ਸਫ਼ਾ 15 ਦੀ ਬਾਕੀ

ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਤਿਆਰ ਹੋਈ ਹੈ ਜੋ ਵਧੇਰੇ ਕਰਕੇ ਨਿੱਜੀ ਪੂੰਜੀ ਨਾਲ ਚਲਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਸੇਵਾ ਦਿੰਦੀ ਹੈ।

ਇਸ ਲਈ ਜਿਥੇ ਸਰਕਾਰ ਇਕ ਮਜਬੂਤ ਬੁਨਿਆਦੀ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਤਿਆਰ ਕਰਨ ਦੀਆਂ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਲਗੀ ਹੋਈ ਹੈ ਪਰ ਸਰਕਾਰ ਇਸ ਵੱਡੇ ਨਿੱਜੀ ਖੇਤਰ ਨੂੰ ਵੀ ਅੱਖੋਂ ਪਰੋਖੇ ਕਰਕੇ ਨਹੀਂ ਰਹਿ ਸਕਦੀ। ਇਕ ਸੁਯੋਗ ਪ੍ਰਬੰਧਕੀ ਢਾਂਚੇ ਵਿਚ ਅਜਿਹੀਆਂ ਨੀਤੀਆਂ ਅਪਨਾਉਣੀਆਂ ਚਾਹੀਦੀਆਂ ਹਨ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਉਦੇਸ਼ ਸਭ ਨੂੰ ਕਾਰਜ ਵਿੱਚ ਲਗਾ ਕੇ ਰੱਖਣਾ ਅਤੇ ਆਪਸੀ ਲਾਭਕਾਰੀ ਭਾਈਵਾਲੀ ਵਾਲਾ ਹੋਵੇ। ਅਜਿਹੇ ਢਾਂਚੇ ਦੀ, ਇਹ ਪਤਾ ਕਰਨ ਲਈ ਕਿ ਭਾਰਤੀ ਮਿਸ਼ਰਤ ਸਿਹਤ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਦੇ ਸ੍ਰੋਤਾਂ ਦੀ ਕਿਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਚੰਗੀ ਵਰਤੋਂ ਕਰਕੇ ਦੇਸ਼ ਦੀ ਆਬਾਦੀ ਦਾ ਸਿਹਤ ਮਿਆਰ ਵਧਾਉਣ ਵਿੱਚ ਅਤੇ ਢੁਕਵੇਂ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਵਿਕਾਸ ਟੀਚੇ ਹਾਸਲ ਕਰਨ ਵਿਚ ਲਗਾਇਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ, ਵਰਤੋਂ ਕੀਤੀ ਜਾਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ। ਨਵੇਂ-ਨਵੇਂ ਤਰੀਕੇ ਖੋਜਣ ਲਈ ਵਿੱਤ ਅਤੇ ਚੰਗੇ ਨਤੀਜੇ ਦੇਣ ਵਾਲੀਆਂ ਤਰਕੀਬਾਂ ਵਿੱਚ ਜੋੜ-ਮੇਲ ਬਿਠਾਉਣ ਵਾਲੇ ਪਾਇਲਟ ਅਧਿਐਨਾਂ ਨੂੰ ਖਰਚ ਹੋਣ ਵਾਲੀ ਪੂੰਜੀ ਤੋਂ ਵੱਧ ਤੋਂ ਵੱਧ ਕੁਸ਼ਲਤਾ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਅਤੇ ਢੁਕਵੇਂ ਨਤੀਜੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਹਰ ਹੀਲੇ ਪਹਿਲ ਉਤੇ ਲਾਗੂ ਕੀਤਾ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਕਿ ਅਜਿਹੇ ਸਬੂਤ ਪੈਦਾ ਕੀਤੇ ਜਾ ਸਕਣ ਕਿ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਰਾਜਾਂ ਵਿੱਚ ਕਿਹੋ ਜਿਹਾ ਤਰੀਕਾ ਅਪਨਾਉਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ।

ਅੰਤ ਵਿਚ, ਜਿਸ ਦੀ ਹਾਲੇ ਵੀ ਬਹੁਤ ਕਰਕੇ ਉਪੇਖਿਆ ਹੋ ਰਹੀ ਹੈ, ਉਹ ਸਚਾਈ ਹੈ ਕਿ ਭਾਰਤ ਵਿੱਚ ਅੱਜ ਵੀ ਸਿਹਤ ਨਤੀਜੇ ਜਿੰਨਾ ਉਨ੍ਹਾਂ ਉਪਰ ਚਾਲੂ ਪੱਧਰ ਤੇ ਖਰਚਾ ਕੀਤਾ ਜਾ ਰਿਹਾ ਹੈ ਉਸ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਵਿੱਚ ਨਹੀਂ ਹਨ। ਇਸ ਸਚਾਈ ਤੋਂ ਮੂੰਹ ਨਹੀਂ ਮੋੜਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਕਿ ਸਿਹਤ ਉਪਰ ਪੂੰਜੀ ਖਰਚੇ ਨੂੰ ਹੌਲੀ-ਹੌਲੀ ਵਧਾਉਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ, ਪਰ ਇਥੇ ਇਹ ਸਵਾਲ ਵੀ ਖੜ੍ਹਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਕਿ ਕੀ ਸਿਹਤ ਸਿੱਟਿਆਂ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਸਿਰਫ਼ ਜਨਤਕ ਪੂੰਜੀ ਨਿਵੇਸ਼ ਵਧਾਉਣ ਨਾਲ ਹੀ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਉਪਲਬਧ ਪੂੰਜੀ ਨੂੰ ਵਧੀਆ ਅਮਲ ਤਰੀਕੇ ਵਰਤਣ ਵਿੱਚ ਕਿਹੋ ਜਿਹੀਆਂ ਨਿਰਧਾਰਨ ਕਮੀਆਂ ਨਜ਼ਰ ਆ ਰਹੀਆਂ ਹਨ, ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਦੂਰ ਕਰਨਾ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ।

(ਲੇਖਕ ਸਲਾਹਕਾਰ ਨੀਤੀ ਆਯੋਗ ਹੈ।)

e-mail :alokkumar.up@nic.in

ਸਫ਼ਾ 36 ਦੀ ਬਾਕੀ

ਵਜ਼ਨ ਦਾ ਨਿਮਨ ਸੂਚਕ ਅਤੇ ਖ਼ੂਨ ਦੀ ਕਮੀ ਦੇ ਬੋਲਬਾਲੇ ਦੇ ਚਲਦਿਆਂ ਭਾਰਤੀ ਔਰਤਾਂ ਛੋਟੇ-ਛੋਟੇ ਬੱਚੇ ਜੰਮਣ ਅਤੇ ਖ਼ੁਦ ਕੁਪੋਸ਼ਣ ਦਾ ਸ਼ਿਕਾਰ ਹੋਣ ਦੇ ਵੱਡੇ ਖ਼ਤਰੇ ਵਿੱਚ ਹਨ। ਪਿਛਲੇ ਇਕ ਦਹਾਕੇ ਤੋਂ ਵੱਧ, ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੀ ਪੂਰਤੀ ਦਾ ਕੇਂਦਰ ਮਾਤਾ ਅਤੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਜਾਨ ਬਚਾਉਣ ਉਤੇ ਕੇਂਦਰਿਤ ਰਿਹਾ ਹੈ। ਜਿਥੇ ਇਹ ਸਫਲ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਉਥੇ ਔਰਤਾਂ ਦੇ ਪੋਸ਼ਣ ਦੇ ਅਣਗੌਲੇ ਖੇਤਰਾਂ ਵੱਲ ਵੀ ਧਿਆਨ ਦੇਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਗਰਭ ਅਵਸਥਾ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਅਤੇ ਦੌਰਾਨ ਭਾਰ ਵਾਧੇ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਜੋ ਜਨਮ ਸਮੇਂ ਭਾਰ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਕਰਨ ਦਾ ਇਕ ਤਰੀਕਾ ਹੋਵੇਗਾ (ਆਰ ਡਬਲਯੂ ਐੱਨ ਐੱਸ 6)। ਇਕ ਜੀਵਨ ਚੱਕਰ ਦ੍ਰਿਸ਼ਟੀਕੋਣ, ਜਿਸ ਦੇ ਧਿਆਨ ਦਾ ਕੇਂਦਰ ਬਿੰਦੂ ਸਾਰੀਆਂ ਔਰਤਾਂ ਦੇ ਪੋਸ਼ਣ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਕਰਨਾ ਹੋਵੇ, ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੈ। ਔਰਤਾਂ ਦੀ ਪੋਸ਼ਣ ਸਥਿਤੀ ਬਾਰੇ ਅੰਕੜੇ ਸਮਾਜ ਅਤੇ ਸਰਕਾਰਾਂ ਨੂੰ ਔਰਤਾਂ ਦੇ ਕੁਪੋਸ਼ਣ ਦੀ ਕਿਸਮ, ਹੱਦ ਅਤੇ ਨਤੀਜਿਆਂ ਬਾਰੇ ਦੱਸਣ ਦਾ ਸ਼ਕਤੀਸ਼ਾਲੀ ਮਾਧਿਅਮ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਪਰ ਇਸ ਵਾਸਤੇ ਅੰਕੜੇ ਨਿਯਮਤ ਤੌਰ ਤੇ ਇਕੱਠੇ ਕਰਕੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਮੁੱਲੰਕਣ ਤੇ ਪ੍ਰਸਾਰ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ।

ਔਰਤਾਂ ਦੇ ਪੋਸ਼ਣ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਕਰਨ ਨਾਲ ਔਰਤ ਅਤੇ ਉਸ ਦੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਤੰਦਰੁਸਤੀ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਕਰਨ ਦੇ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਮੌਕੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਣਗੇ ਜੋ ਅੱਗੇ ਚੱਲ ਕੇ ਦੇਸ਼ ਲਈ ਵੀ ਲਾਹੇਵੰਦ ਹੋਣਗੇ। ਭਾਰਤ ਵਿੱਚ ਹਰੇਕ ਸਾਲ 26 ਮਿਲੀਅਨ ਬਾਲਾਂ ਦਾ ਦਸਤਾ ਵਰਤਮਾਨ ਨਾਲੋਂ ਬੇਹਤਰ ਜੀਵਨ ਹਾਲਾਤਾਂ ਦਾ ਹੱਕਦਾਰ ਹੈ।

(ਲੇਖਕ ਨੂੰ ਦੁਨੀਆਂ ਭਰ ਵਿੱਚ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਸਮਾਜਿਕ ਵਿਕਾਸ ਦੇ ਖੇਤਰ ਵਿੱਚ ਕੰਮ ਕਰਨ ਦਾ 25 ਸਾਲਾਂ ਤੋਂ ਵੱਧ ਦਾ ਤਜਰਬਾ ਹੈ। ਭਾਰਤ ਵਿੱਚ ਖੇਤੀਬਾੜੀ ਵਿਕਾਸ ਲਈ 2011 ਤੋਂ ਸੰਯੁਕਤ ਰਾਸ਼ਟਰ ਅੰਤਰਰਾਸ਼ਟਰੀ ਫ਼ੰਡ ਦੇ ਦੇਸ਼ ਪੱਧਰ ਦੇ ਤਾਲਮੇਲ ਕਰਤਾ ਵਜੋਂ ਉਹ ਖੇਤੀਬਾੜੀ, ਅਨਾਜ ਅਤੇ ਪੋਸ਼ਣ ਸੁਰੱਖਿਆ ਜਿਹੇ ਮੁੱਦਿਆਂ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਿਲ ਰਹੇ ਹਨ।)

e-mail :mishra@ifad.org

ਪ੍ਰਭਾਵਸ਼ਾਲੀ ਵਿਕਾਸ ਹੁੰਘਾਰੇ ਲਈ ਐੱਚ ਆਈ ਵੀ ਦੇ ਸਬਕ

ਅਲਕਾ ਨਾਰੰਗ ਅਤੇ ਏਂਜਲਾ ਚੌਧਰੀ

ਸਾਲ 2015 ਦੇ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਐੱਚ ਆਈ ਵੀ ਅਨੁਮਾਨਾਂ ਅਨੁਸਾਰ ਲਗਭਗ 21.17 ਲੱਖ ਭਾਰਤੀ ਐੱਚ ਆਈ ਵੀ ਤੋਂ ਗ੍ਰਸਤ ਹਨ। ਇਹ ਇਸ ਨੂੰ ਐੱਚ ਆਈ ਵੀ ਨਾਲ ਰਹਿ ਰਹੀ ਲੋਕਾਂ ਦੀ ਤੀਜੀ ਸੱਭ ਤੋਂ ਵੱਡੀ ਵਸੋਂ ਵਾਲਾ ਦੇਸ਼ ਬਣਾਉਂਦਾ ਹੈ। 1987 ਵਿੱਚ ਚੇਨੱਈ ਵਿਖੇ ਐੱਚ ਆਈ ਵੀ ਦੇ ਪਹਿਲੇ ਮਾਮਲੇ ਦਾ ਪਤਾ ਲੱਗਣ ਤੋਂ ਹੀ, ਭਾਰਤ ਨੇ ਇਸ ਉੱਭਰਦੀ ਹੋਈ ਮੁਸ਼ਕਲ ਦੇ ਜਵਾਬ ਲਈ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਰਾਜਨੀਤਕ ਇੱਛਾ ਸ਼ਕਤੀ ਅਤੇ ਤੇਜੀ ਦਿਖਾਈ। ਇਸ ਕੇਂਦਰਿਤ ਧਿਆਨ ਅਤੇ ਸਮਰਪਣ ਨੇ ਭਾਰਤ ਦੇ ਏਡਜ਼ ਪ੍ਰਤੀ ਹੁੰਘਾਰੇ ਨੂੰ ਦੁਨੀਆਂ ਭਰ ਵਿੱਚ ਸੱਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਸਮੁੱਚੇ ਹੁੰਘਾਰਿਆਂ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ ਬਣਾ ਦਿੱਤਾ। ਐੱਚ ਆਈ ਵੀ ਮਹਾਂਮਾਰੀ ਨੂੰ, ਭਾਵੇਂ ਕਿ ਹੋਰ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਜਿਵੇਂ ਟੀ ਬੀ, ਮਲੇਰੀਆ ਅਤੇ ਕੋਹੜ ਦੀ ਤੁਲਨਾ ਵਿੱਚ ਭਾਰ ਪੱਖੋਂ ਇਸ ਦੀ ਗਿਣਤੀ ਛੋਟੀ ਹੈ, ਬਦਲਦੀ ਹੋਈ ਅਗਵਾਈ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ ਲਗਾਤਾਰ ਤਰਜੀਹ ਅਤੇ ਰਾਜਨੀਤਕ ਇੱਛਾ ਸ਼ਕਤੀ ਦਾ ਲਾਭ ਹੋਇਆ ਹੈ।

ਇਸ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਵਜੋਂ, ਇਸ ਦੇ ਫੈਲਣ ਅਤੇ ਛੂਤ ਦੀ ਦਰ ਵਿੱਚ ਨਿਰੰਤਰ ਕਮੀ ਹੋਈ। ਪਿਛਲੇ ਦਹਾਕੇ ਵਿਚ 0.41 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਤੋਂ ਸਾਲ 2015 ਵਿੱਚ 0.26 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ। ਭਾਰਤ ਨੇ ਹੁਣ ਤੱਕ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਏਡਜ਼ ਨਿਯੰਤ੍ਰਣ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੇ ਤਿੰਨ ਪੰਜ ਸਾਲਾ ਪੜਾਅ ਪੂਰੇ ਕਰ ਲਏ ਹਨ, ਇਸ ਦਾ ਚੌਥਾ ਪੜਾਅ ਲਾਗੂ ਕੀਤਾ ਜਾ ਰਿਹਾ ਹੈ। ਇਸ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੇ ਹਰੇਕ ਪੜਾਅ ਮਗਰੋਂ ਮੌਜੂਦਾ ਸਥਿਤੀ ਦੇ ਨਿਵਾਰਣ ਲਈ ਹੁੰਘਾਰੇ ਨੇ ਆਪਣੇ ਆਪ ਨੂੰ ਨਵਾਂ ਰੂਪ ਦਿੱਤਾ।

ਭਾਰਤ ਵਿੱਚ ਐੱਚ ਆਈ ਵੀ ਦੇ ਹੁੰਘਾਰੇ ਤੋਂ ਕਈ ਸਬਕ ਸਿੱਖੇ ਜਾ ਸਕਦੇ ਹਨ, ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਏਡਜ਼ ਨਿਯੰਤ੍ਰਣ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੀ ਸਫਲਤਾ ਤੋਂ ਜਿਸ ਨਾਲ ਬਹੁਤ ਜ਼ਿਆਦਾ ਭਿੰਨਤਾਵਾਂ ਅਤੇ ਵਿਰੋਧਤਾਵਾਂ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ ਇਸ ਮਹਾਂਮਾਰੀ ਦੇ ਅੱਗੇ ਵਧਣ ਨੂੰ ਰੋਕਿਆ ਜਾ ਸਕਿਆ। ਐੱਚ ਆਈ ਵੀ ਹੁੰਘਾਰੇ ਦੀ ਸਫਲਤਾ ਪਿੱਛੇ ਕਈ ਤੱਤ ਹਨ।

ਭਾਰਤ ਦੇ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਏਡਜ਼ ਨਿਯੰਤ੍ਰਣ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ (ਐੱਨ ਏ ਸੀ ਪੀ) ਨੇ ਆਪਣੇ ਸਪੱਸ਼ਟ ਮਾਰਗਦਰਸ਼ਕ ਸਿਧਾਂਤਾਂ ਨਾਲ ਆਪਣੇ ਜਲਦੀ ਹੁੰਘਾਰੇ ਦੀ ਨੀਂਹ ਰੱਖੀ। ਇਨ੍ਹਾਂ ਸਿਧਾਂਤਾਂ ਨੇ ਕਾਰਵਾਈ ਲਈ ਇਤਨੇ ਸਾਲਾਂ ਤੋਂ ਮੁੱਢਲੀਆਂ ਕਦਰਾਂ ਨੂੰ ਸੰਸਥਾਨਾਤਮਕ ਕਰਨ ਲਈ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਹੁੰਘਾਰੇ ਦਾ ਮਾਰਗਦਰਸ਼ਨ ਕੀਤਾ। ਇਹ ਸਿਧਾਂਤ ਅਧਿਕਾਰਾਂ, ਬਰਾਬਰੀ, ਸਾਰਿਆਂ ਦੀ ਸ਼ਮੂਲੀਅਤ, ਬਹੁ ਖੇਤਰੀ ਹੁੰਘਾਰੇ ਅਤੇ ਬਿਲਕੁਲ ਹੇਠਲੇ ਵਰਗ ਦੇ ਆਦਰ ਨੂੰ ਵੀ ਭਰੋਸਾ ਦੇਣ ਉੱਤੇ ਅਧਾਰਿਤ ਸਨ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੇ ਇਸ ਨਮੂਨੇ ਨੂੰ ਅਪਣਾਏ ਜਾਣ ਯੋਗ ਬਣਾਇਆ।

ਜਿਸ ਕਿਸਮ ਦੇ ਮਸਲੇ ਐੱਚ ਆਈ ਵੀ ਨੇ ਲਿਆਂਦੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਲਈ ਇੱਕ ਵਿਕੇਂਦਰੀਕ੍ਰਿਤ ਤਰੀਕੇ ਦੀ ਲੋੜ ਸੀ। ਜਿਉਂ ਹੀ ਐੱਚ ਆਈ ਵੀ ਦੀ ਛੂਤ ਸ਼ਹਿਰੀ ਤੋਂ ਪੇਂਡੂ ਇਲਾਕਿਆਂ ਵਿੱਚ ਪਹੁੰਚੀ, ਜ਼ਿਲ੍ਹਾ ਏਡਜ਼ ਰੋਕਥਾਮ ਅਤੇ ਨਿਯੰਤ੍ਰਣ ਇਕਾਈਆਂ ਕਾਇਮ ਕਰਕੇ ਹੋਰ ਵਧੇਰੇ ਵਿਕੇਂਦਰੀਕਰਨ ਕੀਤਾ ਗਿਆ। ਉੱਤਰ-ਪੂਰਬ ਵਿੱਚ ਇਲਾਕਾ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਮਸਲਿਆਂ ਦੇ ਨਿਵਾਰਨ ਲਈ ਉੱਤਰ-ਪੂਰਬ ਖੇਤਰੀ ਦਫ਼ਤਰ (ਐੱਨ ਈ ਆਰ ਓ) ਸਥਾਪਤ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਸੀ ਅਤੇ ਇਸ ਵਿੱਚ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਬੁਨਿਆਦੀ ਢਾਂਚੇ ਅਤੇ ਵਸੀਲੇ ਦੀਆਂ ਚੁਨੌਤੀਆਂ ਸ਼ਾਮਲ ਸਨ। ਐੱਚ ਆਈ ਵੀ ਦਾ ਇੱਕ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਬਿੰਦੂ ਇਹ ਹੈ ਕਿ ਭਾਰਤ ਵਿੱਚ ਕੁੱਝ ਖ਼ਾਸ ਲੋਕ ਵਰਗਾਂ ਵਿੱਚ ਇਸ ਦੀ ਭਰਮਾਰ ਸੀ ਜਿਵੇਂ ਔਰਤ ਸੈਕਸ ਵਰਕਰ, ਆਦਮੀਆਂ ਨਾਲ ਸੈਕਸ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਆਦਮੀ, ਖ਼ੁਸਰੇ ਅਤੇ ਨਸ਼ੇ ਦੇ ਇੰਜੈਕਸ਼ਨ ਲਗਾਉਣ ਵਾਲੇ ਲੋਕ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਤਕਨੀਕੀ ਤੌਰ ਉੱਤੇ ਮੁੱਖ ਵਰਗ ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਦੇਸ਼ ਨੇ ਇਕ ਅਹਿਮ ਢੰਗ ਨਾਲ ਫਾਇਦਾ ਲੈਣ ਵਾਲੇ ਗ਼ੈਰ ਸਰਗਰਮ ਪ੍ਰਾਪਕਾਂ ਵਜੋਂ ਖ਼ਾਸ ਲੋਕ ਵਰਗਾਂ ਦਾ ਇਲਾਜ ਕਰਨਾ ਛੱਡਿਆ ਅਤੇ ਇਸ ਦੀ ਬਜਾਏ ਮੌਜੂਦਾ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਕਾਨੂੰਨੀ ਢਾਂਚੇ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ ਭਾਈਚਾਰਾ ਮੈਂਬਰਾਂ ਦੇ ਬਰਾਬਰ ਅਧਿਕਾਰਾਂ ਨਾਲ ਇਸ ਦੀ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਕੀਤੀ। ਭਾਈਚਾਰੇ ਨੂੰ ਆਪਣੀ ਤਕਦੀਰ ਦੇ ਮਾਲਕ ਮੰਨਿਆ ਗਿਆ ਅਤੇ ਇਨ੍ਹਾਂ ਨੇ ਇਸ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਨੂੰ ਸਾਂਝਾ ਕਰਨ ਸਮੇਤ ਇਸ ਵਿੱਚ ਇਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਅਹਿਮ ਭੂਮੀਕਾ ਸੀ। ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਭਾਈਚਾਰਿਆਂ ਨਾਲ ਰੁਝੇਵਿਆਂ ਨੇ ਇਹ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਇਆ ਕਿ ਸੇਵਾਵਾਂ ਅਤੇ ਦਖਲ ਉਨ੍ਹਾਂ ਤੱਕ ਪਹੁੰਚਣ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਇਸ ਦੀ ਸੱਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਲੋੜ ਹੈ। 'ਸਾਡੇ ਲਈ, ਸਾਡੇ ਬਿਨਾਂ ਕੁੱਝ ਨਹੀਂ' ਭਾਈਚਾਰਾ ਸ਼ਮੂਲੀਅਤ ਦਾ ਮੂਲ ਮੰਤਰ ਬਣ ਗਿਆ। ਭਾਈਚਾਰਿਆਂ ਦੇ ਸਮਰਥਾ ਨਿਰਮਾਣ ਅਤੇ ਇਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਸ਼ਕਤੀਕਰਨ ਲਈ ਅਤੇ ਇਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਫੈਸਲੇ ਲੈਣ ਦੀਆਂ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆਵਾਂ ਦਾ ਅਨਿੱਖੜਵਾਂ ਅੰਗ ਬਨਾਉਣ ਲਈ ਪੂਰੇ ਧਿਆਨ ਨਾਲ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ਾਂ ਕੀਤੀਆਂ ਗਈਆਂ। ਭਾਈਚਾਰਾ ਪ੍ਰਣਾਲੀਆਂ ਨੂੰ ਮਜਬੂਤ ਕਰਨ ਦਾ ਸਰਕਾਰ ਦਾ ਰਣਨੀਤਕ ਤਰੀਕਾ ਇੱਕ ਅਹਿਮ ਤੱਥ ਹੈ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨਾਲ ਐੱਚ ਆਈ ਵੀ ਵਰਗੇ ਪੇਚੀਦਾ ਅਤੇ ਬਹੁ ਪੱਖੀ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਨੂੰ ਤੇਜੀ ਨਾਲ ਸ਼ੁਰੂ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਅਤੇ ਵਧਾਇਆ ਗਿਆ।

ਸੱਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਪੇਚੀਦਾ ਵਿਕਾਸ ਚੁਣੌਤੀਆਂ ਦੇ ਨਿਵਾਰਣ ਦੀ ਕੁੰਜੀ ਹੈ ਬਹੁ ਖੇਤਰੀ ਤਰੀਕਾ। ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਏਡਜ਼ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੁਆਰਾ ਅਤੇ ਸਰਕਾਰ ਦੇ ਸਰਵਉਚ ਪੱਧਰ ਉੱਤੇ ਇਸ ਨੂੰ ਸ਼ੁਰੂ ਵਿੱਚ ਹੀ ਚੰਗੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸਮਝ ਲਿਆ ਗਿਆ ਸੀ। ਇਸ ਨੂੰ ਨਾ ਸਿਰਫ਼ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਏਡਜ਼ ਰੋਕਥਾਮ ਅਤੇ ਨਿਯੰਤ੍ਰਣ ਨੀਤੀ ਵਿੱਚ ਹੀ ਦਰਸਾਇਆ ਗਿਆ ਸਗੋਂ ਪੇਂਡੂ ਵਿਕਾਸ ਮੰਤਰਾਲਾ, ਕਿਰਤ ਅਤੇ ਰੋਜ਼ਗਾਰ, ਔਰਤ ਅਤੇ ਬੱਚਾ ਵਿਕਾਸ, ਮਨੁੱਖੀ ਵਸੀਲਿਆਂ ਦੇ ਵਿਕਾਸ, ਸਮਾਜਕ ਨਿਆਂ ਅਤੇ ਸ਼ਕਤੀਕਰਨ ਮੰਤਰਾਲਿਆਂ ਸਮੇਤ ਲਗਭਗ 22 ਮੰਤਰਾਲਿਆਂ ਦੀ ਧਿਆਨਪੂਰਵਕ ਸ਼ਮੂਲੀਅਤ ਨਾਲ ਲਾਗੂ ਵੀ ਕੀਤਾ ਗਿਆ। ਕਈ ਮੰਤਰਾਲਿਆਂ ਦੀ ਨੁਮਾਂਇਦਗੀ ਨਾਲ 2005 ਵਿੱਚ ਏਡਜ਼ ਬਾਰੇ ਇੱਕ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਪਰਿਸ਼ਦ ਦੀ ਸਥਾਪਨਾ ਕੀਤੀ ਗਈ ਤਾਂ ਜੋ ਇਸ ਮਹਾਂਮਾਰੀ ਲਈ ਬਹੁ ਪੱਖੀ ਹੁੰਘਾਰੇ ਨੂੰ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਇਆ ਜਾ ਸਕੇ। ਏਡਜ਼ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੇ ਚੌਥੇਪੜਾਅ ਵਿੱਚ ਇੱਕ ਰਣਨੀਤੀ ਵਜੋਂ ਭਾਈਵਾਲੀਆਂ ਅਤੇ ਸਾਰੇ ਖੇਤਰਾਂ ਨੂੰ ਮੁੱਖਧਾਰਾ ਵਿੱਚ ਲਿਆਉਣਾ ਵੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਹੁੰਘਾਰੇ ਨੂੰ ਅੱਗੋਂ ਹੋਰ ਮਜਬੂਤ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕੇ। ਨਿੱਜੀ ਖੇਤਰ ਅਤੇ ਹੋਰ ਸਰਕਾਰੀ ਵਿਭਾਗਾਂ ਵਾਂਗ ਇਹ ਰਣਨੀਤੀ ਹੋਰਨਾਂ ਖੇਤਰਾਂ ਦੇ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਵਿੱਚ ਹੀ ਐੱਚ ਆਈ ਵੀ ਨੂੰ ਮੁੱਖਧਾਰਾ ਵਿੱਚ ਲਿਆਉਣ ਲਈ ਸਹਾਈ ਹੋਈ। ਇਸ ਦੀ ਇੱਕ ਉਦਾਹਰਨ ਹੈ ਐੱਚ ਆਈ ਵੀ ਪੀੜਤ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਮੰਤਰਾਲਿਆਂ ਰਾਹੀਂ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਵਾਈਆਂ ਗਈਆਂ ਸਮਾਜਕ ਸੁਰੱਖਿਆ ਸਕੀਮਾਂ ਦਾ ਲਾਭ ਉਠਾਉਣਾ। ਐੱਚ ਆਈ ਵੀ ਹੁੰਘਾਰੇ ਨੂੰ ਮੁੱਖਧਾਰਾ ਵਿੱਚ ਲਿਆਉਣ ਲਈ ਸਿਹਤ ਮੰਤਰਾਲਾ ਨੇ 14 ਗ਼ੈਰ ਸਿਹਤ ਮੰਤਰਾਲਿਆਂ ਨਾਲ ਆਪਸੀ ਸਮਝ ਦੇ ਸਮਝੌਤਿਆਂ ਦੀ ਸ਼ਕਲ ਵਿੱਚ ਭਾਈਵਾਲੀ ਸਹਿਮਤੀਆਂ ਉੱਤੇ ਵੀ ਦਸਤਖ਼ਤ ਕੀਤੇ। ਵਿਕਾਸਮਈ ਮਸਲਿਆਂ ਲਈ ਰਾਜਨੀਤਕ ਹਮਾਇਤ ਅਤੇ ਦਿਲਚਸਪੀ ਪੈਦਾ ਕਰਨ ਲਈ ਲਗਾਤਾਰ ਰਾਜਨੀਤਕ ਵਕਾਲਤ ਲਾਜ਼ਮੀ ਬਣ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਐੱਚ ਆਈ ਵੀ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਲਈ ਭਾਰਤ ਵਿੱਚ ਹਰੇਕ ਪੱਧਰ ਉੱਤੇ ਰਾਜਨੀਤਕ ਆਗੂਆਂ ਅਤੇ ਨੀਤੀ ਬਣਾਉਣ ਵਾਲਿਆਂ ਦੀ ਸਮੁੱਚੀ ਅਤੇ ਪੂਰੀ ਹਮਾਇਤ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਈ। ਐੱਨ ਏ ਸੀ ਪੀ ਨੂੰ ਸਾਰੀਆਂ ਪਾਰਟੀਆਂ ਦੀ ਅਭੂਤਪੂਰਵ ਰਾਜਨੀਤਕ ਹਮਾਇਤ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਈ। ਏਡਜ਼ ਬਾਰੇ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਪਰਿਸ਼ਦ, ਨੀਤੀ ਬਣਾਉਣ ਵਾਲਿਆਂ ਨੂੰ ਏਡਜ਼ ਪ੍ਰਤੀ ਜਾਣੂ ਕਰਵਾਉਣ ਲਈ ਪਾਰਲੀਮੈਂਟਰੀ ਮੰਚ ਵਰਗੇ ਸੰਸਥਾਨਾਂ ਦੀ ਸਥਾਪਨਾ ਅਤੇ ਪੰਜ ਸਾਲਾ ਯੋਜਨਾਵਾਂ ਵਿੱਚ ਇਸ ਮਸਲੇ ਦੀ ਸ਼ਮੂਲੀਅਤ ਐੱਚ ਆਈ ਵੀ/ਏਡਜ਼ ਦੇ ਨਿਵਾਰਣ ਲਈ ਸਰਕਾਰ ਦੀ ਤਰਜੀਹੀ ਮਰਜੀ ਨੂੰ ਦਰਸਾਉਂਦਾ ਹੈ। ਕਾਰਵਾਈ ਲਈ ਇਨ੍ਹਾਂ ਸੱਦਿਆਂ ਵਿੱਚ ਇਸ ਦੀ ਭਾਗੀਦਾਰੀ ਅਤੇ ਇਸ ਦੇ ਸਮਰਥਨ ਨੇ ਕਈ ਤਰੀਕਿਆਂ ਨਾਲ ਪ੍ਰਭਾਵਸ਼ਾਲੀ ਹੁੰਘਾਰੇ ਲਈ ਸਪੱਸ਼ਟ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਮੁਹੱਈਆ ਕੀਤੇ।

ਰਣਨੀਤਕ ਸੂਚਨਾ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਨਿਗਰਾਨੀ, ਮੁਲਾਂਕਣ, ਦੇਖਰੇਖ ਅਤੇ ਸ਼ੋਧ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ ਹਮੇਸ਼ਾ ਹੀ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਲਈ ਤਰਜੀਹੀ ਰਹੇ ਹਨ ਕਿਉਂਕਿ ਸਬੂਤ ਅਧਾਰਿਤ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਬਨਾਉਣਾ ਸੱਭ ਤੋਂ ਪ੍ਰਮੁੱਖ ਹੈ। ਐੱਨ ਏ ਸੀ ਪੀ ਨੂੰ ਇਸ ਦੀ ਐੱਚ ਆਈ ਵੀ ਰਖਵਾਲੀ ਅਤੇ ਨਿਗਰਾਨੀ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਲਈ ਜਾਣਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਜੋ ਕਿ ਦੁਨੀਆਂ ਵਿੱਚ ਸੱਭ ਤੋਂ ਵੱਡੀ ਐੱਚ ਆਈ ਵੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਹੈ। ਇਹ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਭੂਗੋਲਿਕ ਇਲਾਕਿਆਂ ਅਤੇ ਜਨਤਕ ਸਮੂਹਾਂ ਵਿੱਚ ਐੱਚ ਆਈ ਵੀ ਮਹਾਂਮਾਰੀ ਦੇ ਪੱਧਰਾਂ ਅਤੇ ਰੁਝਾਨਾਂ ਦਾ ਪਤਾ ਲਗਾਉਣ ਵਿੱਚ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੀ ਸਹਾਇਤਾ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਸਬੂਤ ਆਧਾਰਿਤ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਬਨਾਉਣ ਦੀ ਮਜਬੂਤੀ ਲਈ ਵਤੀਰੇ ਦੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਅਤੇ ਏਕੀਕ੍ਰਿਤ ਜੈਵਿਕ ਅਤੇ ਵਤੀਰਾ ਨਿਗਰਾਨੀ ਕੁੱਝ ਹੋਰ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ਾਂ ਹਨ।

ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਏਡਜ਼ ਨਿਯੰਤ੍ਰਣ ਸੰਗਠਨ ਮੋਹਰੀ ਨਮੂਨੇ ਵਿਕਸਤ ਕਰਨ ਅਤੇ ਸਫਲਤਾ ਅਤੇ ਨਕਾਮੀਆਂ ਤੋਂ ਸਿੱਖਣ ਵਿੱਚ ਪੂਰੀ ਮਜਬੂਤੀ ਨਾਲ ਵਿਸ਼ਵਾਸ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਲਈ, ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਪ੍ਰਬੰਧਕੀ ਅਤੇ ਇਸ ਤੋਂ ਸਿੱਖਣ ਉੱਤੇ ਇਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਧਿਆਨ ਨੇ ਅਹਿਮ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਅਤੇ ਨੀਤੀ ਡਿਜ਼ਾਈਨ ਵਿੱਚ ਲਾਭਾਂਸ਼ ਦਿੱਤੇ ਹਨ। ਨਿਯਮਿਤ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਜਾਣਕਾਰੀ ਸਾਂਝੀ ਕਰਨ ਅਤੇ ਇਸ ਨੂੰ ਮਾਨਤਾ ਦੇਣ ਦੇ ਨਾਲ ਹੀ ਕਾਨਫਰੰਸਾਂ, ਵਰਕਸ਼ਾਪਾਂ, ਈ-ਮੰਚਾਂ, ਸੈਮੀਨਾਰਾਂ ਵਰਗੇ ਮੰਚਾਂ ਦੀ ਸਥਾਪਨਾ ਨਾਲ ਇਸ ਸੰਗਠਨ ਨੇ ਦੇਸ਼ ਭਰ ਵਿੱਚ ਸਿੱਖਣ ਦੇ ਸਥਾਨ ਅਤੇ ਵਧੀਆ ਅਭਿਆਸ ਦੇ ਕੇਂਦਰ ਕਾਇਮ ਕੀਤੇ ਹਨ। ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਜ਼ਮੀਨੀ ਸਚਾਈ ਤੋਂ ਸਿੱਖਣ ਨੂੰ ਇਕੱਠਾ ਕਰਨ ਦੀਆਂ ਤਰਤੀਬਵਾਰ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ਾਂ ਨੇ ਦਖ਼ਲ ਦੀ ਗੁੱਣਤਾ ਅਤੇ ਡਿਜ਼ਾਈਨ ਸੁਧਾਰਨ ਵੱਲ ਵਧੀਆ ਯੋਗਦਾਨ ਦਿੱਤਾ।

ਐੱਚ ਆਈ ਵੀ ਪ੍ਰਤੀ ਹੁੰਘਾਰਾ, ਪਾਰਦਰਸ਼ਤਾ ਅਤੇ ਜਵਾਬਦੇਹੀ ਬਣਾਈ ਰੱਖਣ, ਤਕਨੀਕੀ ਭਾਈਵਾਲਾਂ ਅਤੇ ਦਾਨੀਆਂ ਨਾਲ ਸੰਯੁਕਤ ਮੁਆਇਨਿਆਂ, ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਤਾਲਮੇਲ ਢਾਂਚੇ ਅਤੇ ਤਕਨੀਕੀ ਕੰਮ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਗਰੁੱਪਾਂ – ਜੋ ਕਿ ਸਰੂਪ ਵਿੱਚ ਬਹੁ ਖੇਤਰੀ ਹਨ ਅਤੇ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਅੰਗਾਂ ਦੇ ਬਣੇ ਹੋਏ ਹਨ ਜਿਵੇਂ ਤਕਨੀਕੀ ਮਾਹਰ, ਸ਼ੋਧ ਅਤੇ ਵਿੱਦਿਅਕ ਸੰਸਥਾਨ, ਆਮ ਸਮਾਜ ਦੇ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਉਪਰਾਲਿਆਂ ਵਿੱਚੋਂ ਲੰਘਿਆ। ਇਸ ਨੇ ਬਿਹਤਰ ਪ੍ਰਦਰਸ਼ਨ ਲਈ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਵਿੱਚ ਤੇਜੀ ਲਿਆਂਦੀ। ਐੱਚ ਆਈ ਵੀ ਪ੍ਰਤੀ ਭਾਰਤ ਦੇ ਹੁੰਘਾਰੇ ਵਿੱਚ ਅੰਤਰਰਾਸ਼ਟਰੀ ਦਿਲਚਸਪੀ ਨੂੰ ਫੰਡ ਦੇਣ ਵਾਲੇ ਸ੍ਰੋਤਾਂ ਦੀ ਭਿੰਨਤਾ ਤੋਂ ਦੇਖਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਇਸ ਹੁੰਘਾਰੇ ਵਿੱਚ ਗਲੋਬਲ ਫੰਡ, ਗੇਟਸ ਫਾਊਂਡੇਸ਼ਨ, ਵਿਸ਼ਵ ਬੈਂਕ, ਸੰਯੁਕਤ ਰਾਸ਼ਟਰ ਵਰਗੇ ਪ੍ਰਮੁੱਖ ਦਾਨੀਆਂ ਨੇ ਭਰਪੂਰ ਯੋਗਦਾਨ ਦਿੱਤਾ।

ਏਡਜ਼ ਇਕ ਖ਼ਾਸ ਕਿਸਮ ਦੀ ਮਹਾਂਮਾਰੀ ਹੈ ਅਤੇ ਖ਼ਾਸ ਕਿਸਮ ਦੇ ਹੁੰਘਾਰੇ ਦੀ ਮੰਗ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਐੱਚ ਆਈ ਵੀ ਤੋਂ ਸਿੱਖੇ ਗਏ ਸਬਕ ਕਈ ਵਿਕਾਸ ਖੇਤਰਾਂ ਲਈ ਸਾਰਥਕ ਹਨ। ਭਾਵੇਂ ਕਿ ਸਫਲਤਾਵਾਂ ਕਈ ਹਨ ਪਰ ਹਾਲੇ ਵੀ ਕਈ ਖੇਤਰਾਂ ਵਿੱਚ ਕੰਮ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਕਾਨੂੰਨੀ ਸ਼ਕਲਾਂ ਵਾਲੇ ਖੇਤਰਾਂ ਵਿੱਚ ਅਤੇ ਕਈ ਖੱਪੇ ਭਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ। ਜੇ ਭਾਰਤ ਨੇ 2020 ਦੇ ਅਖੀਰ ਤੱਕ 90-90-90 ਦਾ ਟੀਚਾ ਪੂਰਾ ਕਰਨਾ ਹੈ ਤਾਂ ਇਸ ਨੂੰ ਨਵੀਨਤਾ ਲਿਆਉਣ ਅਤੇ ਹੋਰ ਕਾਢਾਂ ਕੱਢਣਾ ਜਾਰੀ ਰੱਖਣਾ ਪਵੇਗਾ।

(ਲੇਖਕ ਯੂ ਐੱਨ ਡੀ ਪੀ, ਭਾਰਤ ਵਿਖੇ ਅਸਿਸਟੈਂਟ ਕੰਟਰੀ ਡਾਇਰੈਕਟਰ (ਪਾਵਰਟੀ) ਹਨ।)

e-mail :alka.narang@undp.org

ਕਿਸ਼ੋਰਾਂ ਦੀ ਸਿਹਤ

✍ **ਸੁਸ਼ਮਾ ਦੁਰੇਜਾ**

2011 ਦੇ ਮਰਦਮਸ਼ੁਮਾਰੀ ਅੰਕੜਿਆਂ ਮੁਤਾਬਕ, ਦੇਸ਼ ਵਿੱਚ ਇਸ ਵੇਲੇ 10-19 ਸਾਲ ਦੀ ਉਮਰ ਦੇ 253 ਮਿਲੀਅਨ ਕਿਸ਼ੋਰ ਹਨ ਜੋ ਭਾਰਤ ਦੀ ਕੁੱਲ ਜਨਸੰਖਿਆ ਦੇ ਪੰਜਵੇਂ ਹਿੱਸੇ ਤੋਂ ਥੋੜ੍ਹਾ ਜਿਹਾ ਜ਼ਿਆਦਾ ਹਨ। ਇਸ ਸਮੂਹ ਵਿੱਚ ਉਹ ਵਿਅਕਤੀ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ ਜੋ ਜੀਵਨ ਦੇ ਅਸਥਾਈ ਤੇ ਤਬਦੀਲੀ ਵਾਲੇ ਦੌਰ ਵਿੱਚੋਂ ਗੁਜ਼ਰ ਰਹੇ ਹਨ ਅਤੇ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਪੋਸ਼ਣ, ਸਿੱਖਿਆ, ਸਲਾਹ ਅਤੇ ਮਾਰਗਦਰਸ਼ਨ ਦੀ ਜ਼ਰੂਰਤ ਹੁੰਦੀ ਹੈ ਤਾਂ ਜੋ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਤੰਦਰੁਸਤ ਬਾਲਗ ਬਣਨ ਵੱਲ ਦਾ ਵਿਕਾਸ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਇਆ ਜਾ ਸਕੇ। ਉੱਚ ਆਰਥਿਕ ਵਿਕਾਸ ਲਈ ਇਸ ਸਮੂਹ ਦੀ ਜਨਸੰਖਿਅਕ ਸੰਭਾਵਨਾ ਨੂੰ ਵੇਖਦਿਆਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਸਿੱਖਿਆ, ਸਿਹਤ ਤੇ ਵਿਕਾਸ ਵਿੱਚ ਨਿਵੇਸ਼ ਅਹਿਮ ਹੋ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਭਾਰਤ ਸਰਕਾਰ ਨੇ ਕਿਸ਼ੋਰਾਂ ਦੇ ਸਿਹਤ ਦੀ ਕਾਮਨਾ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਵਤੀਰੇ ਦੇ ਮਹੱਤਵ ਨੂੰ ਮਾਨਤਾ ਦਿੱਤੀ ਹੈ। ਇਸ ਸਮੂਹ ਦੀ ਸਿਹਤ ਦੀ ਸਥਿਤੀ ਭਾਰਤ ਦੀ ਸਮੂਹਿਕ ਸਿਹਤ, ਮੌਤ ਦੀ ਦਰ, ਰੋਗਾਂ ਦੀ ਸੰਖਿਆ ਅਤੇ ਜਨਸੰਖਿਆ ਵਾਧੇ ਦੇ ਦ੍ਰਿਸ਼ ਨੂੰ ਨਿਰਧਾਰਤ ਕਰਨ ਦਾ ਪ੍ਰਮੁੱਖ ਕਾਰਕ ਹੈ। ਇਸ ਲਈ ਕਿਸ਼ੋਰਾਂ ਦੀ ਪ੍ਰਜਨਨ ਅਤੇ ਜਿਨਸੀ ਸਿਹਤ ਲਈ ਨਿਵੇਸ਼, ਦੇਰੀ ਨਾਲ ਵਿਆਹ ਦੀ ਉਮਰ, ਛੋਟੀ ਉਮਰ ਵਿੱਚ ਗਰਭ ਧਾਰਨ ਦੇ ਮਾਮਲੇ, ਅਪੂਰਨ ਗਰਭ ਨਿਰੋਧਕ ਲੋੜ ਨੂੰ ਪੂਰਿਆਂ ਕਰਨ, ਮਾਵਾਂ ਦੀ ਮੌਤ ਵਿੱਚ ਕਮੀ, ਐੱਸ ਟੀ ਆਈ ਮਾਮਲਿਆਂ ਵਿੱਚ ਕਮੀ ਅਤੇ ਏਡਜ਼ (ਐੱਚ ਆਈ ਵੀ) ਦੇ ਖ਼ਤਰੇ ਨੂੰ ਘੱਟ ਕਰਨ ਜਿਹੇ ਭਰਪੂਰ ਲਾਭ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਣਗੇ।

ਇਸ ਨਾਲ ਭਾਰਤ ਨੂੰ ਜਨਸੰਖਿਅਕ ਲਾਭ ਹਾਸਲ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਵੀ ਮਦਦ ਮਿਲੇਗੀ ਕਿਉਂਕਿ ਤੰਦਰੁਸਤ ਕਿਸ਼ੋਰ ਆਰਥਿਕਤਾ ਦਾ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਸ੍ਰੋਤ ਹੁੰਦੇ ਹਨ।

ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਕਿਸ਼ੋਰ ਸਿਹਤ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ

ਕਿਸ਼ੋਰ ਜਨਸੰਖਿਆ ਦੇ ਸਮੂਹਿਕ ਵਿਕਾਸ ਨੂੰ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਣ ਲਈ, ਸਿਹਤ ਤੇ ਪਰਿਵਾਰ ਭਲਾਈ ਮੰਤਰਾਲੇ ਵਲੋਂ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਕਿਸ਼ੋਰ ਸਿਹਤ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੀ 7 ਜਨਵਰੀ 2014 ਨੂੰ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਕਿਸ਼ੋਰ ਸਿਹਤ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੀ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਕੀਤੀ ਗਈ ਜਿਸ ਦੇ ਦਾਇਰੇ ਵਿੱਚ 253 ਮਿਲੀਅਨ ਕਿਸ਼ੋਰ ਆਉਣਗੇ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਮਰਦ, ਔਰਤ, ਪੇਂਡੂ ਤੇ ਸ਼ਹਿਰੀ, ਵਿਆਹੇ ਤੇ ਅਣਵਿਆਹੇ, ਸਕੂਲ ਪੜ੍ਹਦੇ ਅਤੇ ਛੱਡ ਚੁੱਕੇ ਕਿਸ਼ੋਰ ਸ਼ਾਮਲ ਹੋਣਗੇ। ਇਸ ਵਿਚ ਜ਼ਿਆਦਾ ਧਿਆਨ ਹਾਸ਼ੀਏ ਉਤੇ ਰਹਿ ਰਹੇ ਵੰਚਿਤ ਸਮੂਹਾਂ ਵੱਲ ਦਿੱਤਾ ਜਾਵੇਗਾ। ਇਹ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਭਾਰਤ ਵਿੱਚ ਕਿਸ਼ੋਰ ਸਿਹਤ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦਾ ਵਿਸਥਾਰ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਸੀਮਤ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਜਿਨਸੀ ਤੇ ਪ੍ਰਜਨਨ ਸਿਹਤ ਤੋਂ ਲੈ ਕੇ, ਹੁਣ ਇਸ ਦੇ ਦਾਇਰੇ ਵਿੱਚ ਪੋਸ਼ਣ, ਸੱਟਾਂ ਅਤੇ ਹਿੰਸਾ (ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਲਿੰਗ ਅਧਾਰਤ ਹਿੰਸਾ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ), ਗ਼ੈਰ-ਛੂਤ ਵਾਲੀਆਂ ਬਿਮਾਰੀਆਂ, ਮਾਨਸਿਕ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਪਦਾਰਥ ਦੀ ਦੁਰਵਰਤੋਂ ਵੀ ਆਉਂਦੇ ਹਨ। ਇਸ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੀ ਤਾਕਤ ਇਸ ਦੀ ਸਿਹਤ ਉਤਸਾਹਿਤ ਪਹੁੰਚ ਹੈ। ਇਹ ਮੌਜੂਦਾ ਕਲੀਨਿਕ ਅਧਾਰਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਤੋਂ ਉਤਸਾਹਿਤ ਅਤੇ ਰੋਕਥਾਮ ਤੇ ਕਿਸ਼ੋਰਾਂ ਤੱਕ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਆਪਣੇ ਵਾਤਾਵਰਣ ਵਿੱਚ ਪਹੁੰਚ ਕਰਨ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਸਕੂਲਾਂ, ਪਰਿਵਾਰਾਂ ਅਤੇ ਭਾਈਚਾਰਿਆਂ ਵੱਲ ਜਾਣ ਦਾ ਮਿਸਾਲੀ ਬਦਲਾਅ ਹੈ। ਇਸ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੇ ਮੁੱਖ ਕਾਰਕ ਹਨ - ਭਾਈਚਾਰਾ ਅਧਾਰਤ ਦਖ਼ਲ, ਜਿਵੇਂ ਸਲਾਹਕਾਰਾਂ ਵਲੋਂ ਪਹੁੰਚ, ਸਹੂਲਤ ਅਧਾਰਤ ਸਲਾਹ, ਸਮਾਜਕ ਅਤੇ ਵਿਹਾਰ ਬਦਲਾਅ ਸੰਚਾਰ, ਅਤੇ ਕਿਸ਼ੋਰ ਪੱਖੀ ਸਿਹਤ ਕਲੀਨਿਕਾਂ ਦੀ ਸੰਭਾਲ ਦੇ ਸਾਰੇ ਪੱਧਰਾਂ ਉਤੇ ਮਜਬੂਤੀ।

ਕਿਸ਼ੋਰਾਂ ਕੋਲ ਆਮ ਤੌਰ ਤੇ ਆਪਣੇ ਫੈਸਲੇ ਲੈਣ ਦੀ ਆਜ਼ਾਦੀ ਨਹੀਂ ਹੁੰਦੀ। ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਕਿਸ਼ੋਰ ਸਿਹਤ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਇਸ ਨੂੰ ਧਿਆਨ ਵਿੱਚ ਰੱਖਦੇ ਹੋਏ ਮਾਪਿਆਂ ਅਤੇ ਸਮਾਜ ਨੂੰ ਇਸ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰਦਾ ਹੈ।

ਮੌਜੂਦਾ ਸਾਰਾ ਧਿਆਨ ਜਨ ਸਿਹਤ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਦਾ ਪੁਨਰਗਠਨ ਕਰਨ ਉਤੇ ਹੈ ਤਾਂ ਕਿ ਕਿਸ਼ੋਰਾਂ ਦੀਆਂ ਕਾਰਜੀ ਲੋੜਾਂ ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕੇ। ਇਸ ਅਧੀਨ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦਾ ਇੱਕ ਮੁੱਖ ਪੈਕੇਜ, ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਰੋਕਥਾਮ, ਉਤਸ਼ਾਹਤ, ਰੋਗਨਿਵਾਰਕ ਅਤੇ ਸਲਾਹਕਾਰੀ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਨਿਯਮਤ ਜਾਂਚ ਜੋ ਪ੍ਰਾਇਮਰੀ, ਸੈਕੰਡਰੀ ਅਤੇ ਤੀਜੇ ਦਰਜੇ ਦੀ ਸੰਭਾਲ ਦੇ ਪੱਧਰ ਉਤੇ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਨਿਯਮਤ ਤੌਰ ਤੇ ਕਿਸ਼ੋਰਾਂ ਨੂੰ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਵਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਭਾਵੇਂ ਉਹ ਵਿਆਹੇ ਹੋਣ ਜਾਂ ਕੁਆਰੇ, ਕੁੜੀਆਂ ਅਤੇ ਮੁੰਡਿਆਂ ਨੂੰ ਇਹ ਸੇਵਾ ਕਲੀਨਿਕ ਬੈਠਕਾਂ ਦੌਰਾਨ ਦਿੱਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਕਿਸ਼ੋਰ ਸਿਹਤ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਅਧੀਨ ਹੇਠ ਲਿਖੇ ਦਖ਼ਲ ਅਮਲ ਵਿੱਚ ਲਿਆਏ ਜਾਂਦੇ ਹਨ :

ਭਾਈਚਾਰਾ ਅਧਾਰਤ ਦਖ਼ਲ :

- ਸਹਿਕਰਮੀ ਸਿੱਖਿਆ
- ਕਿਸ਼ੋਰ ਸਿਹਤ ਦਿਵਸ
- ਹਫ਼ਤਾਵਾਰੀ ਆਇਰਨ ਅਤੇ ਫੋਲਿਕ ਏਸਿਡ ਪੂਰਕ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ।
- ਮਾਹਵਾਰੀ ਸਵੱਛਾ ਸਕੀਮ।

ਸਹਿਕਰਮੀ ਸਿੱਖਿਆ

ਇਹ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਕਿਸ਼ੋਰ ਸਿਹਤ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦਾ ਇੱਕ ਪ੍ਰਮੁੱਖ ਅੰਗ ਹੈ। ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਕਿਸ਼ੋਰ ਸਿਹਤ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੇ ਸੰਚਾਲਨ ਢਾਂਚੇ ਦੇ ਮੁਤਾਬਕ ਹਰੇਕ ਪਿੰਡ ਵਿੱਚ 4 ਸਹਿਕਰਮੀ ਸਿੱਖਿਅਕਾਂ ਨੂੰ ਚੁਣਿਆ ਜਾਵੇਗਾ, ਮਤਲਬ ਪ੍ਰਤਿ ਪਿੰਡ/1000 ਜਨਸੰਖਿਆ ਲਈ ਦੋ ਮਰਦ ਤੇ ਦੋ ਔਰਤ ਸਹਿਕਰਮੀ ਸਿੱਖਿਅਕਾਂ ਨੂੰ ਚੁਣਿਆ ਜਾਵੇਗਾ। ਇਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ ਮਰਦ ਤੇ ਇਕ ਔਰਤ ਸਹਿਕਰਮੀ ਸਿੱਖਿਅਕ ਸਕੂਲ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਕਿਸ਼ੋਰਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਚੁਣਿਆ ਜਾਵੇਗਾ ਅਤੇ ਦੂਜਾ ਜੋੜਾ ਪਿੰਡ ਵਿਚਲੇ ਸਕੂਲ ਛੱਡ ਚੁੱਕੇ ਕਿਸ਼ੋਰਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਚੁਣਿਆ ਜਾਵੇਗਾ (ਜਿਥੇ ਸੰਭਵ ਹੋਵੇਗਾ)।

ਹਰੇਕ ਮਰਦ ਅਤੇ ਔਰਤ ਸਹਿਕਰਮੀ ਸਿੱਖਿਅਕ ਤੋਂ ਇਹ ਆਸ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ :

- ਕਿ ਉਹ ਆਪਣੇ ਭਾਈਚਾਰੇ ਵਿੱਚੋਂ 15-20 ਲੜਕੇ ਲੜਕੀਆਂ ਦਾ ਇੱਕ ਸਮੂਹ ਬਣਾਉਣ ਅਤੇ ਹਫ਼ਤਾਵਾਰੀ 1 ਤੋਂ 2 ਘੰਟੇ ਦੀਆਂ ਭਾਗੀਦਾਰੀ ਵਾਲੀਆਂ ਬੈਠਕਾਂ ਕਰਨ ਜਿਸ ਵਿੱਚ ਸਹਿਕਰਮੀ ਸਿੱਖਿਅਕ ਕਿੱਟ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ ਜੋ ਪਾਠਕ੍ਰਮ ਅਤੇ ਖੇਡਾਂ ਵਾਲੀ ਹੋਵੇਗੀ।
- ਕਿ ਉਹ ਕਿਸ਼ੋਰ ਸਿਹਤ ਦਿਵਸ ਵਿੱਚ ਭਾਗ ਲੈ ਕੇ ਕਿਸ਼ੋਰਾਂ/ਨੌਜਵਾਨਾਂ ਨੂੰ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇਣ ਅਤੇ ਸਿੱਖਿਅਤ ਕਰਨ ਅਤੇ ਮਾਪਿਆਂ ਨੂੰ ਇਸ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰਨ।
- ਕਿਸ਼ੋਰ ਪੱਖੀ ਸਿਹਤ ਕੇਂਦਰਾਂ ਅਤੇ/ਜਾਂ ਕਿਸ਼ੋਰਾਂ ਨੂੰ ਨਿਯਮਤ ਸਿਹਤ ਜਾਂਚ ਲਈ ਕਿਸ਼ੋਰ ਸਿਹਤ ਦਿਵਸ ਤੇ ਭੇਜਣਾ।

ਕਿਸ਼ੋਰ ਸਿਹਤ ਦਿਵਸ

ਇਹ ਤਿਮਾਹੀ ਸਰਗਰਮੀ ਹੈ ਜੋ ਹਰੇਕ ਪਿੰਡ ਵਿਚ ਕਿਸ਼ੋਰਾਂ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਮਾਪਿਆਂ ਅਤੇ ਦੂਜੇ ਦੇਖਭਾਲ ਕਰਤਾਵਾਂ ਨੂੰ ਕਿਸ਼ੋਰਾਂ ਦੀ ਸਿਹਤ ਦੇ ਮੁੱਦਿਆਂ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੇ ਮਹੱਤਵ, ਹੱਲ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੇਣ ਲਈ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਇਸ ਵਿੱਚ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਮੌਜੂਦ ਕਿਸ਼ੋਰਾਂ ਪੱਖੀ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਬਾਰੇ ਵੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

ਹਫ਼ਤਾਵਾਰੀ ਆਇਰਨ ਫੋਲਿਕ ਏਸਿਡ ਪੂਰਕ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ

ਤਰਕ : ਕਿਸ਼ੋਰ ਅਵਸਥਾ, ਬਚਪਨ ਤੋਂ ਬਾਲਗ ਹੋਣ ਵੱਲ ਦਾ ਬਦਲਾਅ ਦਾ ਸਮਾਂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਦੇ ਲੱਛਣ ਤੇਜ਼ੀ ਨਾਲ ਵਾਪਰਨ ਵਾਲੇ ਸਰੀਰਕ, ਜੈਵਿਕ ਅਤੇ ਹਾਰਮੋਨ ਸਬੰਧੀ ਬਦਲਾਅ ਹੁੰਦੇ ਹਨ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਨਤੀਜਾ ਮਾਨਸਿਕ-ਸਮਾਜਕ, ਵਿਹਾਰਕ ਅਤੇ ਜਿਨਸੀ ਸਮਝ ਦੇ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਮਿਲਦਾ ਹੈ। ਜੀਵਨ ਵਿੱਚ ਇਸ ਸਮੇਂ ਦੌਰਾਨ ਪੋਸ਼ਣ ਦੀਆਂ ਲੋੜਾਂ, ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਆਇਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਵਿੱਚ ਬਹੁਤ ਵਾਧਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

ਖ਼ੂਨ ਦੀ ਕਮੀ (ਅਨੀਮੀਆਂ), ਜੋ ਕੁਪੋਸ਼ਣ ਅਤੇ ਆਇਰਨ ਦਾ ਖਾਣੇ ਵਿੱਚ ਘੱਟ ਹੋਣ ਦਾ ਪ੍ਰਗਟਾਵਾ ਹੈ, ਇੱਕ ਜਨਤਕ ਸਿਹਤ ਸਮੱਸਿਆ ਹੈ ਜੋ ਨਾ ਕੇਵਲ ਗਰਭਵਤੀ ਔਰਤਾਂ, ਛੋਟੇ ਬਾਲਾਂ ਅਤੇ ਬੱਚਿਆਂ ਵਿੱਚ ਹੁੰਦੀ ਹੈ, ਸਗੋਂ ਕਿਸ਼ੋਰਾਂ ਵਿੱਚ ਵੀ ਪਾਈ ਜਾਂਦੀ ਹੈ। ਭਾਰਤ ਵਿੱਚ ਖ਼ੂਨ ਦੀ ਕਮੀ ਮੁੱਖ ਤੌਰ ਤੇ ਆਇਰਨ ਦੀ ਕਮੀ ਕਰਕੇ ਵਾਪਰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਦੇਸ਼ ਵਿੱਚ ਵਰਤਮਾਨ ਸਮੇਂ ਵਿੱਚ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਪੋਸ਼ਣ ਦੀ ਕਮੀ ਦਾ ਸਰੂਪ ਹੈ। ਲੜਕੀਆਂ ਵਿੱਚ ਅਨੀਮੀਆ ਦੀ ਮੌਜੂਦਗੀ (ਹੀਮੋਗਲੋਬਿਨ 12 ਗ੍ਰਾਮ ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਤੋਂ ਘੱਟ) ਅਤੇ ਮੁੰਡਿਆਂ ਵਿੱਚ (ਹੀਮੋਗਲੋਬਿਨ 13 ਗ੍ਰਾਮ ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਤੋਂ ਘੱਟ), ਐੱਨ ਐੱਫ ਐੱਚ ਐੱਸ-3 ਅਤੇ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਪੋਸ਼ਣ ਨਿਗਰਾਨੀ ਬਿਉਰੋ ਦੇ ਸਰਵੇਖਣ ਦੀਆਂ ਰਿਪੋਰਟਾਂ ਮੁਤਾਬਕ ਜ਼ਿਆਦਾ ਪਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਤੇਜ਼ ਸਰੀਰਕ ਵਿਕਾਸ ਅਤੇ ਮਾਹਵਾਰੀ ਦੌਰਾਨ ਖ਼ੂਨ ਦੀ ਹਾਨੀ ਕਰਕੇ ਖ਼ਾਸ ਕਰਕੇ ਲੜਕੀਆਂ ਦੇ ਅਨੀਮੀਆ ਦੇ ਸ਼ਿਕਾਰ ਬਣਨ ਦਾ ਜ਼ਿਆਦਾ ਖ਼ਤਰਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ। ਐੱਨ ਐੱਫ ਐੱਚ ਐੱਸ-3 ਮੁਤਾਬਕ 15 ਤੋਂ 19 ਸਾਲਾਂ ਦੀਆਂ 56 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਕਿਸ਼ੋਰ ਲੜਕੀਆਂ ਅਤੇ 30 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਕਿਸ਼ੋਰ ਲੜਕੇ ਅਨੀਮੀਆ ਦੇ ਕਿਸੇ ਨਾ ਕਿਸੇ ਰੂਪ ਤੋਂ ਪੀੜਤ ਹਨ। ਐੱਨ ਐੱਫ ਐੱਚ ਐੱਸ-3 ਅਨੁਸਾਰ 39 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਤੋਂ ਵੱਧ ਕਿਸ਼ੋਰ ਲੜਕੀਆਂ (15-19 ਸਾਲ) ਮਾਮੂਲੀ ਅਨੀਮੀਆ ਦੀਆਂ ਸ਼ਿਕਾਰ ਹਨ ਜਦ ਕਿ 15 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਅਤੇ 2 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਕ੍ਰਮਵਾਰ ਦਰਮਿਆਨੇ ਅਤੇ ਉੱਚ ਅਨੀਮੀਆ ਤੋਂ ਪੀੜਤ ਹਨ। ਐੱਨ ਐੱਫ ਐੱਚ ਐੱਸ-2 ਦੌਰਾਨ ਇਹ ਅੰਕੜੇ ਮਾਮੂਲੀ, ਦਰਮਿਆਨੇ ਅਤੇ ਉੱਚ ਅਨੀਮੀਆ ਲਈ 15-19 ਸਾਲ ਦੀਆਂ ਲੜਕੀਆਂ ਵਿੱਚ ਕ੍ਰਮਵਾਰ 41 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ, 18 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਅਤੇ 2 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਸਨ ਜਿਸ ਤੋਂ ਸੰਕੇਤ ਮਿਲਦਾ ਹੈ ਕਿ ਰੁਝਾਨਾਂ ਵਿੱਚ ਕੋਈ ਬਹੁਤਾ ਫਰਕ ਨਹੀਂ ਪਿਆ। ਭਾਰਤ ਵਿੱਚ ਅਨੀਮੀਆ ਦੀ ਉੱਚ ਦਰ 12-13 ਸਾਲਾਂ ਦੀ ਉਮਰ ਦੌਰਾਨ ਪਾਈ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਜੋ ਮਾਹਵਾਰੀ ਦੀ ਔਸਤ ਉਮਰ ਨਾਲ ਮੇਲ ਖਾਂਦੀ ਹੈ।

ਖ਼ੂਨ ਦੀ ਕਮੀ ਕਾਰਨ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਅਨੀਮੀਆ ਦੇ ਪ੍ਰਭਾਵ

ਆਇਰਨ ਦੀ ਕਮੀ ਕਾਰਨ ਹੋਣ ਵਾਲੀ ਖ਼ੂਨ ਦੀ ਕਮੀ ਤੰਤੂਆਂ ਨੂੰ ਆਕਸੀਜਨ ਦੀ ਪੂਰਤੀ ਉਤੇ ਬਹੁਤ ਅਸਰ ਪਾਉਂਦੀ ਹੈ ਜਿਸ ਦਾ ਨਤੀਜਾ ਕੰਮ ਕਰਨ ਦੀ ਘਟੀ ਹੋਈ ਸਮਰੱਥਾ ਅਤੇ ਸਰੀਰਕ ਪ੍ਰਦਰਸ਼ਨ ਵਿੱਚ ਕਮੀ ਦੇ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਨਿਕਲਦਾ ਹੈ।

ਕਿਸ਼ੋਰ ਅਵਸਥਾ ਸਮੇਂ ਖ਼ੂਨ ਦੀ ਕਮੀ ਕਾਰਨ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਅਨੀਮੀਆ ਦਾ ਸਿੱਟਾ ਸਰੀਰਕ ਵਿਕਾਸ ਵਿੱਚ ਖੜੋਤ, ਮਾੜਾ ਬੌਧਿਕ ਵਿਕਾਸ, ਘਟੀ ਹੋਈ ਸਰੀਰਕ ਤੰਦਰੁਸਤੀ ਅਤੇ ਕਾਰਜੀ ਪ੍ਰਦਰਸ਼ਨ ਅਤੇ ਰੋਜ਼ਾਨਾ ਦੇ ਕੰਮਾਂ ਵਿੱਚ ਧਿਆਨ ਨਾ ਲੱਗਣ ਦੇ ਰੂਪ ਵਿੱਚ ਨਿਕਲਦਾ ਹੈ।

ਕਿਸ਼ੋਰ ਲੜਕੀਆਂ ਵਿੱਚ ਆਇਰਨ ਦੀ ਕਮੀ ਸਾਰੇ ਜੀਵਨ ਚੱਕਰ ਨੂੰ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਕਰਦੀ ਹੈ। ਅਨੀਮੀਆ ਵਾਲੀਆਂ ਕੁੜੀਆਂ ਵਿੱਚ ਗਰਭ ਧਾਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਆਇਰਨ ਦਾ ਭੰਡਾਰ ਘੱਟ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਗਰਭ ਅਵਸਥਾ ਦੌਰਾਨ ਆਇਰਨ ਭੰਡਾਰ ਕਰਨ ਲਈ ਬਹੁਤ ਘੱਟ ਸਮਾਂ ਹੁੰਦਾ ਹੈ ਜਿਸ ਨਾਲ ਵਿਕਸਤ ਹੋ ਰਹੇ ਭਰੂਣ ਦੀਆਂ ਜ਼ਰੂਰਤਾਂ ਪੂਰੀਆਂ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾ ਸਕਣ। ਆਇਰਨ ਦੀ ਕਮੀ ਵਾਲੀਆਂ ਕਿਸ਼ੋਰ ਲੜਕੀਆਂ ਨੂੰ ਸਮੇਂ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਬੱਚਾ ਹੋਣ ਅਤੇ ਘੱਟ ਵਜ਼ਨ ਵਾਲੇ ਬੱਚੇ ਪੈਦਾ ਹੋਣ ਦਾ ਸਭ ਤੋਂ ਵੱਧ ਖ਼ਤਰਾ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਕਰਕੇ ਆਇਰਨ ਫੋਲਿਕ ਏਸਿਡ ਪੂਰਕ ਦਾ ਸੇਵਨ ਆਇਰਨ ਦੀ ਕਮੀ ਕਾਰਨ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਅਨੀਮੀਆ ਦੀ ਰੋਕਥਾਮ ਲਈ ਜ਼ਰੂਰੀ ਸਮਝਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

ਵੱਖ-ਵੱਖ ਅਧਿਐਨਾਂ ਦੇ ਨਿਚੋੜ ਵਿੱਚ ਇਹ ਖੁਲਾਸਾ ਹੁੰਦਾ ਹੈ 100 ਮਿਲੀਗ੍ਰਾਮ ਆਇਰਨ ਅਤੇ 500 ਮਾਈਕਰੋ ਗ੍ਰਾਮ ਫੋਲਿਕ ਏਸਿਡ ਦਾ ਹਫ਼ਤਾਵਾਰੀ ਸੇਵਨ ਕਿਸ਼ੋਰ ਉਮਰ ਵਰਗ ਵਿੱਚ ਅਨੀਮੀਆ ਦੇ ਲੱਛਣ ਘੱਟ ਕਰਨ ਲਈ ਪ੍ਰਭਾਵੀ ਹੋਵੇਗਾ।

ਕਿਉਂਕਿ ਦੇਸ਼ ਵਿੱਚ ਕਿਸ਼ੋਰ ਅਵਸਥਾ ਵਿੱਚ ਖ਼ੂਨ ਦੀ ਕਮੀ ਹੋਣਾ ਜਨ ਸਿਹਤ ਦੀ ਇੱਕ ਗੰਭੀਰ ਸਮੱਸਿਆ ਹੈ, ਭਾਰਤ ਸਰਕਾਰ ਦੇ ਸਿਹਤ ਤੇ ਪਰਿਵਾਰ ਭਲਾਈ ਮੰਤਰਾਲੇ ਵਲੋਂ ਇਨ੍ਹਾਂ ਵਿਗਿਆਨਕ ਅਧਿਐਨਾਂ ਵਲੋਂ ਤਿਆਰ ਅਨੁਭਵੀ ਸਬੂਤਾਂ ਦੇ ਅਧਾਰ ਉਤੇ, ਕਿਸ਼ੋਰਾਂ ਦੇ ਹਫ਼ਤਾਵਾਰੀ ਆਇਰਨ ਫੋਲਿਕ ਏਸਿਡ ਪੂਰਕ (ਡਬਲਯੂ ਆਈ ਐੱਫ ਐੱਸ) ਪ੍ਰੋਗਰਾਮਾਂ ਵਾਸਤੇ ਦਿਸ਼ਾ ਨਿਰਦੇਸ਼ ਵਿਕਸਤ ਕੀਤੇ ਗਏ ਹਨ।

ਉਦੇਸ਼ : ਭਾਰਤ ਸਰਕਾਰ ਦੇ ਸਿਹਤ ਤੇ ਪਰਿਵਾਰ ਭਲਾਈ ਮੰਤਰਾਲੇ ਵਲੋਂ ਕਿਸ਼ੋਰ ਜਨਸੰਖਿਆ (10-19 ਸਾਲ) ਵਿੱਚ ਪੋਸ਼ਣ ਦੀ ਕਮੀ ਕਾਰਨ ਹੋਣ ਵਾਲੇ ਅਨੀਮੀਆ ਦੇ ਪ੍ਰਚਲਨ ਤੇ ਤੀਬਰਤਾ ਨੂੰ ਘੱਟ ਕਰਨ ਲਈ 2012 ਵਿੱਚ ਹਫ਼ਤਾਵਾਰੀ ਆਇਰਨ ਫੋਲਿਕ ਏਸਿਡ ਪੂਰਕ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ (ਡਬਲਯੂ ਆਈ ਐੱਫ ਐੱਸ) ਦੀ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਕੀਤੀ ਗਈ।

ਨਿਸ਼ਾਨਦੇਹੀ ਵਾਲੇ ਸਮੂਹ

ਹਫ਼ਤਾਵਾਰੀ ਆਇਰਨ ਫੋਲਿਕ ਏਸਿਡ ਪੂਰਕ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੇਸ਼ ਭਰ ਦੇ ਪੇਂਡੂ ਤੇ ਸ਼ਹਿਰੀ ਖੇਤਰਾਂ ਵਿੱਚ ਹੇਠ ਦਿੱਤੇ ਨਿਸ਼ਾਹਦੇਹੀ ਵਾਲੇ ਸਮੂਹਾਂ ਲਈ ਲਾਗੂ ਕੀਤਾ ਜਾ ਰਿਹਾ ਹੈ ਜਿਸ ਦੇ ਦਾਇਰੇ ਵਿਚ 11.2 ਕਰੋੜ ਕਿਸ਼ੋਰਾਂ ਨੂੰ ਲਿਆਉਣ ਦਾ ਟੀਚਾ ਹੈ।

ੳ) ਸਕੂਲ ਜਾਣ ਵਾਲੇ ਕਿਸ਼ੋਰ ਲੜਕੇ ਤੇ ਲੜਕੀਆਂ ਜੋ ਸਰਕਾਰੀ/ਨਿਗਮ ਸਕੂਲਾਂ ਅੰਦਰ 6ਵੀਂ ਤੋਂ 12ਵੀਂ ਜਮਾਤ ਵਿੱਚ ਪੜ੍ਹਦੇ ਹਨ।

ਅ) ਕਿਸ਼ੋਰ ਲੜਕੀਆਂ ਜੋ ਸਕੂਲ ਨਹੀਂ ਜਾ ਰਹੀਆਂ।

ਡਬਲਯੂ ਆਈ ਐੱਫ ਐੱਸ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੇ ਦਾਇਰੇ ਵਿੱਚ ਵਿਆਹੀਆਂ ਹੋਈਆਂ ਗ਼ੈਰ-ਗਰਭਵਤੀ ਕਿਸ਼ੋਰ ਕੁੜੀਆਂ ਵੀ ਆਉਂਦੀਆਂ ਹਨ ਤਾਂ ਜੋ ਗਰਭ ਧਾਰਨ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਆਇਰਨ ਭੰਡਾਰ ਵਧਾਇਆ ਜਾ ਸਕੇ ਅਤੇ ਗਰਭਵਤੀ ਕਿਸ਼ੋਰ ਕੁੜੀਆਂ ਵਿੱਚ ਖ਼ੂਨ ਦੀ ਕਮੀ ਨੂੰ ਦੂਰ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕੇ। ਗਰਭਵਤੀ ਅਤੇ ਦੁੱਧ ਪਿਲਾਉਣ ਵਾਲੀਆਂ ਕਿਸ਼ੋਰ ਕੁੜੀਆਂ ਨੂੰ ਆਈ ਐੱਫ ਏ ਪੂਰਕ ਦਿੱਤੇ ਜਾਣਗੇ ਜਾਂ ਮੌਜੂਦਾ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਰਾਹੀ ਜਨਮ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਤੇ ਬਾਅਦ ਦੀ ਸੰਭਾਲ ਦੇ ਵਰਤਮਾਨ ਦਿਸ਼ਾ ਨਿਰਦੇਸ਼ਾਂ ਮੁਤਾਬਕ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਖ਼ੂਨ ਦੀ ਕਮੀ ਲਈ ਇਲਾਜ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ।

ਕਿਸ਼ੋਰਾਂ ਵਿੱਚ ਅਨੀਮੀਆ ਨੂੰ ਘਟਾਉਣ ਦੀ ਰਣਨੀਤੀ

ਇਨ੍ਹਾਂ ਦਖ਼ਲਾਂ ਵਿਚ ਇਹ ਸ਼ਾਮਲ ਹਨ :

- 100 ਮਿਲੀਗ੍ਰਾਮ ਆਇਰਨ ਅਤੇ 50 ਮਾਈਕਰੋਗ੍ਰਾਮ ਫੋਲਿਕ ਏਸਿਡ ਵਾਲੇ ਹਫ਼ਤਾਵਾਰੀ ਆਇਰਨ ਫੋਲਿਕ ਏਸਿਡ ਪੂਰਕ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੀ ਨਿਗਰਾਨੀ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਜਿਸ ਦੇ ਲਈ ਇੱਕ ਨੀਯਤ ਦਿਨ ਵਾਲੀ ਪਹੁੰਚ ਦਾ ਇਸਤੇਮਾਲ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ।

- ਸਾਲ ਵਿੱਚ ਦੋ ਵਾਰ (ਛੇ ਮਹੀਨੇ ਬਾਅਦ) ਪੇਟ ਦੇ ਕੀੜਿਆਂ ਦੇ ਹਮਲੇ ਨੂੰ ਕਾਬੂ ਕਰਨ ਲਈ ਐਲਬੇਨਡਾਜ਼ੋਲ 400 ਮਿਲੀਗ੍ਰਾਮ ਤਾਕਤ ਵਾਲੀ ਪੇਟ ਦੇ ਕੀੜੇ ਮਾਰ ਦਵਾਈ ਦੇਣੀ।

- ਦਰਮਿਆਨੇ/ਤੀਬਰ ਅਨੀਮੀਆ ਵਾਲੇ ਸਮੂਹਾਂ ਦੀ ਨਿਸ਼ਾਨਦੇਹੀ ਅਤੇ ਪੜਤਾਲ ਕਰਕੇ ਇਨ੍ਹਾਂ ਮਾਮਲਿਆਂ ਨੂੰ ਢੁੱਕਵੀਂ ਸਿਹਤ ਸਹੂਲਤ ਤੱਕ ਲੈ ਕੇ ਜਾਣਾ।

- ਖਾਣੇ ਵਿੱਚ ਸੁਧਾਰ ਅਤੇ ਅੰਤੜੀਆਂ ਦੇ ਕੀੜਿਆਂ ਦੇ ਹਮਲੇ ਤੋਂ ਰੋਕਥਾਮ ਲਈ ਸੂਚਨਾ ਤੇ ਸਲਾਹ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਨਾ।

ਪੇਂਡੂ ਭਾਰਤ ਵਿੱਚ ਕਿਸ਼ੋਰ ਕੁੜੀਆਂ ਦਰਮਿਆਨ ਮਾਹਵਾਰੀ ਸਵੱਛਤਾ ਨੂੰ ਉਤਸ਼ਾਹਿਤ ਕਰਨ ਲਈ ਸਕੀਮ

ਸਿਹਤ ਤੇ ਪਰਿਵਾਰ ਭਲਾਈ ਮੰਤਰਾਲੇ ਵਲੋਂ ਭਾਰਤ ਦੇ ਪੇਂਡੂ ਇਲਾਕਿਆਂ ਵਿੱਚ 10-19 ਸਾਲਾਂ ਦੀ ਉਮਰ ਦੀਆਂ ਕਿਸ਼ੋਰ ਕੁੜੀਆਂ ਦਰਮਿਆਨ ਮਾਹਵਾਰੀ ਸਵੱਛਤਾ ਨੂੰ ਉਤਸ਼ਾਹ ਦੇਣ ਲਈ ਸਕੀਮ ਸ਼ੁਰੂ ਕੀਤੀ ਗਈ ਹੈ ਜਿਸ ਅਧੀਨ ਕਿਸ਼ੋਰ ਕੁੜੀਆਂ ਦੀ ਚੰਗੀ ਸਿਹਤ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਣ ਉਤੇ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਜ਼ੋਰ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ ਹੈ।

ਇਸ ਸਕੀਮ ਦੇ ਮੁੱਖ ਉਦੇਸ਼ ਹਨ :

- ਮਾਹਵਾਰੀ ਸਵੱਛਤਾ ਬਾਰੇ ਕਿਸ਼ੋਰ ਕੁੜੀਆਂ ਵਿੱਚ ਜਾਗਰੂਕਤਾ ਦਾ ਵਾਧਾ ਕਰਨਾ।

- ਪੇਂਡੂ ਖੇਤਰਾਂ ਵਿੱਚ ਕਿਸ਼ੋਰ ਕੁੜੀਆਂ ਦਰਮਿਆਨ ਉੱਚ ਪੱਧਰ ਦੇ ਸੈਨਿਟਰੀ ਨੈਪਕਿਨ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਨੂੰ ਵਧਾਉਣਾ।

- ਵਾਤਾਵਰਨ ਪੱਖੀ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਸੈਨਿਟਰੀ ਨੈਪਕਿਨ ਦਾ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਨਿਪਟਾਰਾ ਕਰਨਾ।

ਇਸ ਸਕੀਮ ਤਹਿਤ 6 ਸੈਨਿਟਰੀ ਨੈਪਕਿਨ ਦਾ ਇੱਕ ਬੰਡਲ/ਪੈਕੇਟ ਐੱਨ ਆਰ ਆਰ ਐੱਚ ਐੱਮ ਦੇ 'ਫ੍ਰੀਡੇਜ਼' ਮਾਰਕੇ ਤਹਿਤ ਮੁਹੱਈਆ ਕਰਵਾਇਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਇਹ ਨੈਪਕਿਨ ਕਿਸ਼ੋਰ ਕੁੜੀਆਂ ਨੂੰ 6 ਰੁਪਏ ਪ੍ਰਤਿ ਪੈਕੇਟ, ਪਿੰਡ ਵਿੱਚ ਮਾਨਤਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਸਮਾਜਕ ਸਿਹਤ ਕਾਰਜਕਰਤਾ (ਏ ਐੱਸ ਐਚ ਏ) ਵਲੋਂ ਘਰ-ਘਰ ਜਾ ਕੇ ਅਤੇ ਸਕੂਲਾਂ ਅਤੇ ਰਿਹਾਇਸ਼ੀ ਹੋਸਟਲਾਂ ਵਿੱਚ ਜਾ ਕੇ ਵੇਚੇ ਜਾਂਦੇ ਹਨ। ਹਰੇਕ ਪੈਕੇਟ ਦੀ ਵਿਕਰੀ ਤੇ ਏ ਐੱਸ ਐੱਚ ਏ ਨੂੰ ਪ੍ਰਤਿ ਪੈਕੇਟ 1 ਰੁਪਏ ਦਾ ਲਾਭ ਅਤੇ ਪ੍ਰਤਿ ਮਹੀਨਾ ਸੈਨਿਟਰੀ ਨੈਪਕਿਨ ਦਾ ਇੱਕ ਪੈਕੇਟ ਮੁਫ਼ਤ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

ਸਹੂਲਤ ਅਧਾਰਤ ਦਖ਼ਲ :

- ਮੌਜੂਦਾ ਕਿਸ਼ੋਰ ਪੱਖੀ ਸਿਹਤ ਕਲੀਨਿਕਾਂ

(ਏ ਐੱਫ ਐੱਚ ਸੀ) ਨੂੰ ਮਜਬੂਤ ਕਰਨਾ।

- ਨਵੇਂ ਏ ਐੱਫ ਐੱਚ ਸੀ ਦੀ ਸਥਾਪਨਾ ਕਰਨਾ।
- ਏ ਐੱਫ ਐੱਚ ਸੀ ਤੇ ਕੰਮ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਸੇਵਾ ਦੇਣ ਵਾਲਿਆਂ ਦੀ ਲਗਾਤਾਰ ਸਿਖਲਾਈ।

ਕਿਸ਼ੋਰ ਪੱਖੀ ਸਿਹਤ ਕਲੀਨਿਕਾਂ ਰਾਹੀਂ ਸਿਖਿਅਤ ਸੇਵਾ ਦੇਣ ਵਾਲਿਆਂ ਵਲੋਂ ਸਲਾਹ ਅਤੇ ਰੋਗ ਨਿਵਾਰਕ ਸੇਵਾਵਾਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾ ਰਹੀਆਂ ਹਨ। ਪ੍ਰਾਇਮਰੀ, ਸੈਕੰਡਰੀ ਅਤੇ ਤੀਜੇ ਪੱਧਰ ਉਤੇ, ਨਿਯਤ ਸਮੇਂ ਅਤੇ ਦਿਨਾਂ ਦੌਰਾਨ, ਰੈਫਰ ਕਰਨ ਤੇ ਸੇਵਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਮਰੀਜ਼ ਦੀ ਨਿੱਜਤਾ ਅਤੇ ਪਛਾਣ ਨੂੰ ਬਿਲਕੁਲ ਗੁਪਤ ਰੱਖਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਆਇਰਨ ਅਤੇ ਫੋਲਿਕ ਏਸਿਡ ਦੀਆਂ ਗੋਲੀਆਂ ਅਤੇ ਗ਼ੈਰ ਕਲੀਨਿਕਲ ਗਰਭ ਨਿਰੋਧਕ ਸਮੱਗਰੀ ਵੀ ਇਨ੍ਹਾਂ ਕਲੀਨਿਕਾਂ ਵਿੱਚ ਕਿਸ਼ੋਰਾਂ ਵਾਸਤੇ ਮੌਜੂਦ ਹੁੰਦੀ ਹੈ।

ਪੋਸ਼ਣ, ਜਵਾਨੀ, ਆਰ ਟੀ ਆਈ/ਐੱਸ ਟੀ ਆਈ ਰੋਕਥਾਮ ਅਤੇ ਗਰਭ ਨਿਰੋਧਕ, ਵਿਆਹ ਨੂੰ ਟਾਲਣ ਅਤੇ ਬੱਚੇ ਹੋਣ ਵਰਗੇ ਅਹਿਮ ਸਿਹਤ ਖੇਤਰਾਂ ਲਈ ਸਲਾਹਕਾਰੀ ਸੇਵਾਵਾਂ ਇਨ੍ਹਾਂ ਸਮਰਪਿਤ ਸਲਾਹਕਾਰਾਂ ਰਾਹੀਂ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕੀਤੀਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ। ਸਤੰਬਰ 2015 ਤੱਕ, ਦੇਸ਼ ਭਰ ਵਿੱਚ 7,174 ਏ ਐੱਫ ਐੱਚ ਸੀ ਕੰਮ ਕਰ ਰਹੇ ਹਨ ਅਤੇ ਐੱਚ ਆਈ ਵੀ/ਏਡਜ਼ ਦੇ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਅਤੇ ਆਰ ਟੀ ਆਈ/ਐੱਸ ਟੀ ਆਈ ਮਾਮਲਿਆਂ ਦੇ ਇਲਾਜ ਲਈ ਏਕੀਕ੍ਰਿਤ ਸਲਾਹਕਾਰ ਅਤੇ ਜਾਂਚ ਕੇਂਦਰਾਂ (ਆਈ ਸੀ ਟੀ ਸੀ) ਨਾਲ ਵੀ ਤਾਲਮੇਲ ਕੀਤਾ ਗਿਆ ਹੈ।

ਆਖਰ ਵਿੱਚ, ਇਹ ਮੁੜ ਤੋਂ ਕਿਹਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ ਕਿ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਕਿਸ਼ੋਰ ਸਿਹਤ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਅਧੀਨ ਉੱਪਰ ਵਰਣਨ ਕੀਤੇ ਦਖ਼ਲ ਇਨ੍ਹਾਂ ਕਿਸ਼ੋਰਾਂ ਦੇ ਸਿਹਤਮੰਦ ਤੇ ਉਤਪਾਦਕ ਬਾਲਗ ਬਣਾਉਣ ਵੱਲ ਦੇ ਬਦਲਾਅ ਨੂੰ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਣ ਲਈ ਬੇਹੱਦ ਅਹਿਮ ਹਨ ਜੋ ਦੇਸ਼ ਦੇ ਆਰਥਿਕ ਵਿਕਾਸ ਵਿੱਚ ਹਿੱਸਾ ਪਾਉਣਗੇ।

(ਲੇਖਕ ਡਿਪਟੀ ਕਮਿਸ਼ਨਰ, ਕਿਸ਼ੋਰ ਸਿਹਤ ਵਿਭਾਗ, ਸਿਹਤ ਤੇ ਪਰਿਵਾਰ ਭਲਾਈ ਮੰਤਰਾਲਾ, ਭਾਰਤ ਸਰਕਾਰ ਹਨ।)

e-mail :sushmadureja@gmail.com

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਜਾਣਦੇ ਹੋ?

ਦੱਖਣੀ ਏਸ਼ੀਆਈ ਖੇਡਾਂ–2016

ਦੱਖਣੀ ਏਸ਼ੀਆਈ ਖੇਡਾਂ ਬਹੁ–ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਅਤੇ ਕਈ ਖੇਡਾਂ ਵਾਲੀਆਂ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ ਜੋ ਕਿ ਦੱਖਣੀ ਏਸ਼ੀਆ ਦੇ ਖਿਡਾਰੀਆਂ ਵਿਚਕਾਰ ਹਰ ਸਾਲ ਖੇਡੀਆਂ ਜਾਂਦੀਆਂ ਹਨ। ਇਹ ਏਸ਼ੀਆ ਦੀ ਉਲੰਪਿਕ ਕੌਂਸਲ ਦੀਆਂ, ਖੇਤਰੀ ਖੇਡਾਂ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ, ਜੋ ਕਿ 1983 ਵਿੱਚ ਬਣਾਈ ਗਈ ਦੱਖਣੀ ਏਸ਼ੀਆ ਉਲੰਪਿਕ ਕੌਂਸਲ ਦੁਆਰਾ ਸ਼ਾਸਿਤ ਹੁੰਦੀਆਂ ਹਨ। ਇਨ੍ਹਾਂ ਖੇਡਾਂ ਨੂੰ ਅਕਸਰ ਉਲੰਪਿਕ ਖੇਡਾਂ ਦਾ ਦੱਖਣੀ ਏਸ਼ੀਆਈ ਰੂਪਾਂਤਰ ਮੰਨਿਆ ਜਾਂਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਖਿਡਾਰੀਆਂ ਨੂੰ ਚੋਟੀ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਵਿੱਚ ਆਪਣੇ ਦੇਸ਼ ਦੀ ਨੁਮਾਂਇੰਦਰਗੀ ਕਰਨ, ਖੇਡਾਂ ਅਤੇ ਤੰਦਰੁਸਤ ਜੀਵਨ ਸ਼ੈਲੀ ਨੂੰ ਉਤਸਾਹਿਤ ਕਰਨ ਦਾ ਅਵਸਰ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ। ਪਹਿਲੀਆਂ ਦੱਖਣੀ ਏਸ਼ੀਆਈ ਖੇਡਾਂ ਦੀ ਮੇਜ਼ਬਾਨੀ 1984 ਵਿੱਚ ਕਾਠਮੰਡੂ, ਨੇਪਾਲ ਦੁਆਰਾ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ। 2004 ਵਿੱਚ ਦੱਖਣੀ ਏਸ਼ੀਆਈ ਉਲੰਪਿਕ ਕੌਂਸਲ ਦੀ 32ਵੀ ਬੈਠਕ ਦੌਰਾਨ ਇਨ੍ਹਾਂ ਖੇਡਾਂ ਦਾ ਨਾਮ ਦੱਖਣੀ ਏਸ਼ੀਆਈ ਫੈਡਰੇਸ਼ਨ ਖੇਡਾਂ ਤੋਂ ਬਦਲ ਕੇ ਦੱਖਣੀ ਏਸ਼ੀਆਈ ਖੇਡਾਂ ਕਰ ਦਿੱਤਾ ਗਿਆ।

ਮੌਜੂਦਾ, ਦੱਖਣੀ ਏਸ਼ੀਆਈ ਖੇਡਾਂ ਦੇ 8 ਮੈਂਬਰ ਦੇਸ਼ ਹਨ – ਅਫ਼ਗਾਨਿਸਤਾਨ, ਬੰਗਲਾਦੇਸ਼, ਭੂਟਾਨ, ਭਾਰਤ, ਮਾਲਦੀਪ, ਨੇਪਾਲ, ਪਾਕਿਸਤਾਨ ਅਤੇ ਸ੍ਰੀਲੰਕਾ। 12ਵੀਆਂ ਦੱਖਣੀ ਏਸ਼ੀਆਈ ਖੇਡਾਂ 6–16 ਫ਼ਰਵਰੀ 2016 ਨੂੰ ਭਾਰਤ ਵਿੱਚ ਗੁਹਾਟੀ, ਸ਼ਿਲਾਂਗ ਅਤੇ ਮੇਘਾਲਿਆ ਵਿਖੇ ਖੇਡੀਆਂ ਜਾਣਗੀਆਂ। ਇਨ੍ਹਾਂ ਖੇਡਾਂ ਦੇ ਵਿਸ਼ੇ ਦਾ ਗੀਤ ਹੈ ''ਈ ਪ੍ਰਿਥਬੀ ਏਕ ਕ੍ਰਿੰਗਨ'' ਭਾਵ ਦੁਨੀਆਂ ਖੇਡ ਦਾ ਮੈਦਾਨ ਹੈ। ਇਹ ਗੀਤ ਅਸਾਮ ਦੇ ਸਵਰਗੀ ਗੀਤਕਾਰ, ਸੰਗੀਤਕਾਰ, ਗਾਇਕ, ਕਵੀ ਅਤੇ ਫ਼ਿਲਮ ਨਿਰਮਾਤਾ, ਡਾ. ਭੁਪੇਨ ਹਜ਼ਾਰਿਕਾ ਦੁਆਰਾ ਲਿਖਿਆ ਗਿਆ। ਇਨ੍ਹਾਂ ਖੇਡਾਂ ਦੇ ਚਿੰਨ੍ਹ ਦਾ ਨਾਮ ਹੈ *ਤੀਖੋਰ* ਭਾਵ ਤਿੱਖਾ, ਸ਼ਰਾਰਤੀ, ਆਧੁਨਿਕ ਅਤੇ ਖੇਡ ਵਰਗਾ ਅਤੇ ਇਹ ਇਨ੍ਹਾਂ ਖੇਡਾਂ ਦਾ ਬ੍ਰਾਂਡ ਅੰਬੈਸਡਰ ਹੋਵੇਗਾ। ਇਨ੍ਹਾਂ ਖੇਡਾਂ ਦੇ ਲੋਗੋ ਵਿੱਚ 8 ਪੱਤੀਆਂ ਹਨ ਜੋ ਇਨ੍ਹਾਂ ਖੇਡਾਂ ਵਿੱਚ ਭਾਗ ਲੈਣ ਵਾਲੇ ਦੇਸ਼ਾਂ ਨੂੰ ਦਰਸਾਉਂਦੀਆਂ ਹਨ। ਇਨ੍ਹਾਂ ਪੱਤੀਆਂ ਨੂੰ ਘੜੀ ਦੀਆਂ ਸੂਈਆਂ ਦੀ ਦਿਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਘੁੰਮਦੇ ਦੇਖਿਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜੋ ਕਿ ਇਨ੍ਹਾਂ ਖੇਡਾਂ ਦੀ ਹਾਂ ਪੱਖੀ ਭਾਵਨਾ ਨੂੰ ਦਰਸਾਉਂਦਾ ਹੈ।

ਭਾਰਤ ਸਰਕਾਰ ਨੇ ਭਾਰਤੀ ਉਲੰਪਿਕ ਐਸੋਸੀਏਸ਼ਨ ਦੇ ਸਲਾਹ ਮਸ਼ਵਰੇ ਨਾਲ ਇਨ੍ਹਾਂ ਖੇਡਾਂ ਦੀ ਯੋਜਨਾਬੰਦੀ, ਪ੍ਰਬੰਧ ਅਤੇ ਸੰਚਾਲਨ ਲਈ ਆਯੋਜਨ ਕਮੇਟੀ ਅਤੇ ਕਾਰਜਕਾਰਨੀ ਕਮੇਟੀ ਬਣਾਈ ਹੈ। ਆਯੋਜਨ ਕਮੇਟੀ ਭਾਰਤ ਸਰਕਾਰ ਦੇ ਮਾਣਯੋਗ ਖੇਡ ਮੰਤਰੀ ਦੀ ਅਗਵਾਈ ਹੇਠ ਇਨ੍ਹਾਂ ਖੇਡਾਂ ਦੇ ਪ੍ਰਬੰਧ ਲਈ ਸਰਵਉੱਚ ਕਮੇਟੀ ਹੋਵੇਗੀ। ਇਨ੍ਹਾਂ ਖੇਡਾਂ ਦੇ 23 ਮੁਕਾਬਲਿਆਂ ਵਿੱਚ 8 ਦੇਸ਼ਾਂ ਦੇ 4500 ਖਿਡਾਰੀਆਂ ਅਤੇ ਅਧਿਕਾਰੀਆਂ ਦੇ ਭਾਗ ਲੈਣ ਦੀ ਉਮੀਦ ਹੈ।

– ਵਾਟਿਕਾ ਚੰਦਰਾ, ਉੱਪ ਸੰਪਾਦਕ

ਯੋਜਨਾ

ਦਾ ਅਗਲਾ ਅੰਕ

ਮਾਰਚ 2016 : ਇਹ *ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਅੰਕ ਕੇਂਦਰੀ ਬਜਟ 2016–17* ਉੱਤੇ ਕੇਂਦਰਿਤ ਹੋਵੇਗਾ

ਚੰਦੇ ਭਾਰਤੀ ਪੋਸਟਲ ਆਰਡਰ/ਮਨੀ ਆਰਡਰ ਤੇ ਬੈਂਕ ਡਰਾਫਟ ਰਾਹੀ

ADG(i/c), Publications Division

ਦੇ ਨਾਂ 'ਤੇ ਬਣਾ ਕੇ ਇਸ ਪਤੇ 'ਤੇ ਭੇਜੋ –

Business Manager
(Advertisement & Circulation)
Publications Division, Ministry of Information and Broadcasting
Room No.48-53, Soochna Bhawan, C.G.O. Complex, Lodhi Road, New Delhi-110003
email-pdjucir@gmail.com

ਮੇਕ ਇਨ ਇੰਡੀਆ

ਸੰਦੀਪ ਦਾਸ

ਵਿਸ਼ਵ ਵਿਆਪੀ ਨਿਵੇਸ਼ਕਾਂ ਨੇ ਅਕਸਰ ਨਿਵੇਸ਼ ਕਰਨ ਦੇ ਫੈਸਲਿਆਂ ਬਾਰੇ ਪੇਚੀਦਾ ਨਿਯਮਾਂ ਅਤੇ ਲਾਲ ਫੀਤਾਸ਼ਾਹੀ ਦੀ ਅਲੋਚਨਾ ਕੀਤੀ ਹੈ। ਅਸਲ ਵਿਚ, 2014 ਦੇ ਕਾਰੋਬਾਰ ਕਰਨ ਲਈ ਅਸਾਨੀ ਦੇ ਵਿਸ਼ਵ ਬੈਂਕ ਦੇ ਇੰਡੈਕਸ ਵਿੱਚ ਭਾਰਤ 189 ਦੇਸ਼ਾਂ ਵਿੱਚੋਂ 134ਵੇਂ ਸਥਾਨ ਉੱਤੇ ਸੀ। ਆਰਥਿਕ ਵਾਧੇ ਵਿਚ ਦੇਖੀ ਗਈ ਕਮੀ ਅਤੇ ਵਿਸ਼ਵ ਵਿਆਪੀ ਨਿਵੇਸ਼ਕਾਂ ਦੁਆਰਾ ਵਿਸ਼ਵ ਵਿਆਪੀ ਨਿਰਮਾਣ ਕੇਂਦਰ ਵਜੋਂ ਉੱਭਰਨ ਲਈ ਦੇਸ਼ ਦੀ ਸਮਰੱਥਾ ਉੱਤੇ ਕੀਤੇ ਗਏ ਪ੍ਰਸ਼ਨ ਦੇ ਹੁੰਘਾਰੇ ਵਜੋਂ 2014 ਵਿੱਚ ਭਾਰਤ ਸਰਕਾਰ ਦੀ ਮੋਹਰੀ ਪਹਿਲਕਦਮੀ ਮੇਕ ਇਨ ਇੰਡੀਆ ਦੀ ਸੋਚ ਕਾਇਮ ਕੀਤੀ ਗਈ ਸੀ।

ਪ੍ਰਧਾਨ ਮੰਤਰੀ ਦੁਆਰਾ ਸਤੰਬਰ 2014 ਵਿੱਚ ਮੇਕ ਇਨ ਇੰਡੀਆ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਅਰੰਭਿਆ ਗਿਆ ਜਿਸ ਦਾ ਉਦੇਸ਼ ਨਾਂ ਸਿਰਫ਼ ਵਿਦੇਸ਼ੀ ਕੰਪਨੀਆਂ ਨੂੰ ਇੱਥੇ ਆ ਕੇ ਕੰਮ ਕਰਨ ਲਈ ਆਕਰਸ਼ਿਤ ਕਰਨਾ ਸੀ ਸਗੋਂ ਦੇਸ਼ ਵਿੱਚ ਉਤਪਾਦਨ ਵਧਾਉਣ ਲਈ ਘਰੇਲੂ ਕੰਪਨੀਆਂ ਨੂੰ ਵੀ ਹਮਾਇਤ ਦੇਣਾ ਅਤੇ ਉਤਸਾਹਿਤ ਕਰਨਾ ਸੀ। ਇਹ ਅਭਿਲਾਸ਼ੀ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ, ਉੱਚ ਗੁੱਣਤਾ ਮਿਆਰਾਂ ਉੱਤੇ ਪੂਰੇ ਉਤਰਦੇ ਉਤਪਾਦ ਬਣਾਉਂਦੇ ਹੋਏ ਅਤੇ ਵਾਤਾਵਰਨ ਉੱਤੇ ਪ੍ਰਭਾਵ ਨੂੰ ਘੱਟ ਤੋਂ ਘੱਟ ਕਰਦੇ ਹੋਏ, ਕੁੱਲ ਘਰੇਲੂ ਉਤਪਾਦ ਵਧਾਉਣ ਅਤੇ ਵਧੇਰੇ ਟੈਕਸ ਇਕੱਠਾ ਕਰਨ ਉੱਤੇ ਕੇਂਦਰਿਤ ਸੀ।

ਮੇਕ ਇਨ ਇੰਡੀਆ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦਾ ਧਿਆਨ 25 ਖੇਤਰਾਂ ਵਿੱਚ ਨੌਕਰੀਆਂ ਪੈਦਾ ਕਰਨ ਅਤੇ ਕੌਸ਼ਲਤਾ ਵਧਾਉਣ ਉੱਤੇ ਰਿਹਾ ਅਤੇ ਇਨ੍ਹਾਂ ਵਿਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ – ਆਟੋਮੋਬਾਈਲ, ਏਵੀਏਸ਼ਨ, ਕੈਮੀਕਲ, ਦਵਾਈਆਂ, ਨਿਰਮਾਣ, ਰੱਖਿਆ ਨਿਰਮਾਣ, ਬਿਜਲੀ ਵਾਲੀ ਮਸ਼ੀਨਰੀ, ਡੱਬਾਬੰਦ ਭੋਜਨ, ਕੱਪੜਾ ਅਤੇ ਤਿਆਰ ਪੋਸ਼ਾਕਾਂ, ਬੰਦਰਗਾਹਾਂ, ਚਮੜਾ, ਮੀਡੀਆ ਅਤੇ ਮਨੋਰੰਜਨ, ਸੈਰਸਪਾਟਾ ਅਤੇ ਖਾਤਰਦਾਰੀ, ਰੇਲਵੇ, ਨਵਿਆਉਣ ਯੋਗ ਊਰਜਾ, ਖਾਨਾਂ ਖੋਦਣਾ, ਬਾਇਓ ਤਕਨਾਲੋਜੀ, ਪੁਲਾੜ, ਥਰਮਲ ਪਾਵਰ, ਸੜਕਾਂ ਅਤੇ ਰਾਜਮਾਰਗ, ਇਲੈਕਟ੍ਰਾਨਿਕ ਪ੍ਰਣਾਲੀਆਂ।

ਇਹ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹੈ ਕਿ ਆਮ ਆਦਮੀ ਦੀ ਖਰੀਦ ਸ਼ਕਤੀ ਵਧੇ, ਕਿਉਂਕਿ ਇਹ ਮੰਗ ਨੂੰ ਹੋਰ ਵਧਾਏਗਾ, ਇਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਨਿਵੇਸ਼ਕਾਂ ਨੂੰ ਫਾਇਦੇ ਦੇ ਨਾਲ ਵਿਕਾਸ ਤੇਜ ਹੋਵੇਗਾ। ਸਤੰਬਰ 2014 ਵਿੱਚ ਇਹ ਬਹੁਤ ਵੱਡਾ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਅਰੰਭ ਕਰਨ ਮਗਰੋਂ ਪ੍ਰਧਾਨ ਮੰਤਰੀ ਨੇ ਕਿਹਾ, "ਜਿੰਨੀ ਜਲਦੀ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਗਰੀਬੀ ਵਿੱਚੋਂ ਕੱਢ ਕੇ ਮੱਧਮ ਵਰਗ ਵਿੱਚ ਲਿਆਂਦਾ ਜਾਵੇਗਾ, ਉਨੇ ਹੀ ਵਿਸ਼ਵ ਵਿਆਪੀ ਵਪਾਰ ਦੇ ਵਧੇਰੇ ਅਵਸਰ ਪੈਦਾ ਹੋਣਗੇ।"

ਇਹ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਅਰੰਭਦੇ ਹੋਏ ਪ੍ਰਧਾਨ ਮੰਤਰੀ ਨੇ ਮੰਨਿਆ ਕਿ ਵਿਸ਼ਵ ਬੈਂਕ ਅਨੁਸਾਰ 'ਕਾਰੋਬਾਰ ਕਰਨ ਦੀ ਅਸਾਨੀ' ਪੱਖੋਂ ਭਾਰਤ ਦਾ ਸਥਾਨ ਬਹੁਤ ਹੇਠਾਂ ਹੈ ਪਰ ਇਸ ਦੇ ਨਾਲ ਹੀ ਉਨ੍ਹਾਂ ਕਿਹਾ ਕਿ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੇ ਇਸ ਸੰਦਰਭ ਵਿੱਚ ਸਰਕਾਰੀ ਅਧਿਕਾਰੀਆਂ ਨੂੰ ਜਾਣੂ ਕਰਵਾਉਣਾ ਸ਼ੁਰੂ ਕੀਤਾ ਹੈ। "ਵਿਸ਼ਵ ਬੈਂਕ ਦੇ ਪ੍ਰਧਾਨ ਜਿਮ ਯੌਂਗ ਕਿਮ ਨਾਲ ਬੈਠਕ ਬਾਰੇ ਪ੍ਰਧਾਨ ਮੰਤਰੀ ਨੇ ਕਿਹਾ, "ਵਿਸ਼ਵ ਬੈਂਕ ਦੇ ਪ੍ਰਧਾਨ ਨੇ ਵੀ ਇਹ ਚਿੰਤਾ ਜਤਾਈ ਹੈ। ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ ਉਸ ਸਮੇਂ ਅਸੀਂ ਦੁਨੀਆਂ ਵਿੱਚ 135ਵੇਂ ਸਥਾਨ ਉੱਤੇ ਹੋਈਏ। ਜੇ ਅਸੀਂ 135 ਤੋਂ 50ਵੇਂ ਸਥਾਨ ਉਤੇ ਆਉਣਾ ਹੈ ਤਾਂ ਸਰਕਾਰ ਇਕੱਲੇ ਇਹ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੀ। ਜੇ ਸਰਕਾਰ ਆਪਣੇ ਫੈਸਲਿਆਂ ਅਤੇ ਨਿਯਮਾਂ ਵਿੱਚ ਪਾਰਦਰਸ਼ਤਾ ਲਿਆਉਂਦੀ ਹੈ, ਸਾਦਗੀ ਨਾਲ ਕੰਮ ਨੂੰ ਅੱਗੇ ਵਧਾਉਂਦੀ ਹੈ ਤਾਂ 'ਕਾਰੋਬਾਰ ਕਰਨ ਦੀ ਅਸਾਨੀ' ਵਿੱਚ ਅਸੀਂ 135 ਵਿੱਚੋਂ 50ਵਾਂ ਸਥਾਨ ਹਾਸਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ।"

ਜੋਰ ਦਿੱਤੇ ਜਾਣ ਯੋਗ ਮੁੱਖ ਖੇਤਰ

ਇਹ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਕਾਰੋਬਾਰ ਕਰਨ ਦੀ ਅਸਾਨੀ ਲਈ ਚਾਰ ਪ੍ਰਮੁੱਖ ਖੇਤਰਾਂ ਉੱਤੇ ਜੋਰ ਦਿੰਦਾ ਹੈ – ਤੇਜ਼ੀ ਅਤੇ ਪਾਰਦਰਸ਼ਤਾ, ਸਿੱਧੇ ਵਿਦੇਸ਼ੀ ਨਿਵੇਸ਼ ਨੂੰ ਆਕਰਸ਼ਿਤ ਕਰਨ ਲਈ ਸਬੰਧਿਤ ਨਿਯਮਾਂ ਨੂੰ ਨਰਮ ਬਨਾਉਣਾ, ਨਿਰਮਾਤਾਵਾਂ ਜਾਂ ਨਵੀਨਤਾ ਕਰਨ ਵਾਲਿਆਂ ਦੇ ਕਾਢਾਂ ਸਬੰਧੀ ਅਧਿਕਾਰਾਂ ਦੀ ਰਾਖੀ ਅਤੇ ਘਰੇਲੂ ਨਿਰਮਾਣ ਨੂੰ ਵਧਾਉਣਾ। ਕਾਰੋਬਾਰ ਕਰਨ ਦੀ ਅਸਾਨੀ ਦੇ ਅਲੋਚਨਾਤਮਕ ਮਸਲੇ ਪੱਖੋਂ, ਨਿਰਮਾਣ ਅਧਾਰ ਕਾਇਮ ਕਰਨ ਲਈ ਵਧੇਰੇ ਸਧਾਰਨ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆਤਮਕ ਤਰੀਕਿਆਂ ਰਾਹੀਂ ਉਦਯੋਗਿਕ ਨੀਤੀ ਅਤੇ ਵਿਕਾਸ ਵਿਭਾਗ ਦੁਆਰਾ ਲਾਗੂ ਕੀਤੀ ਗਈ ਮੇਕ ਇਨ ਇੰਡੀਆ ਨੀਤੀ ਨੇ ਵਾਤਾਵਰਨ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਲਈ ਆਨ ਲਾਈਨ ਦਰਖਾਸਤ, ਆਮਦਨ ਕਰ ਭਰਨ ਲਈ ਵੈੱਬ ਦੀ ਵਰਤੋਂ, ਉਦਯੋਗਿਕ ਲਾਇਸੰਸ ਦੀ ਪ੍ਰਮਾਣਿਕਤਾ ਨੂੰ ਤਿੰਨ ਸਾਲ ਤੱਕ ਵਧਾਉਣ, ਕਾਰੋਬਾਰੀਆਂ ਦੇ ਮੌਜੂਦਾ ਕਾਗ਼ਜ਼ਾਂ ਵਾਲੇ ਰਜਿਸਟਰਾਂ ਦੀ ਬਜਾਏ ਇਲੈਕਟ੍ਰਾਨਿਕ ਰਜਿਸਟਰ ਕਾਇਮ ਕਰਨਾ ਅਤੇ ਜਾਂਚ ਕਰਨ ਲਈ ਵਿਭਾਗ ਦੇ ਮੁਖੀ ਦੀ ਲਾਜ਼ਮੀ ਮਨਜ਼ੂਰੀ ਦੀ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਕੀਤੀ ਗਈ।

ਸਿੱਧੇ ਵਿਦੇਸ਼ੀ ਨਿਵੇਸ਼ ਨੂੰ ਆਕਰਸ਼ਿਤ ਕਰਨ ਲਈ ਸਰਕਾਰ ਨੇ ਪੁਲਾੜ (74 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ), ਡਿਫੈਂਸ (49 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ) ਅਤੇ ਖ਼ਬਰ ਮੀਡੀਆ (26 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ) ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਸਾਰੇ ਖੇਤਰਾਂ ਵਿੱਚ 100 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਸਿੱਧੇ ਵਿਦੇਸ਼ੀ ਨਿਵੇਸ਼ ਦੀ ਆਗਿਆ ਦਿੱਤੀ। ਚਾਹ ਦੀ ਖੇਤੀ ਲਈ ਸਿੱਧੇ ਵਿਦੇਸ਼ੀ ਨਿਵੇਸ਼ ਦੀਆਂ ਰੋਕਾਂ ਨੂੰ ਹਟਾਇਆ ਗਿਆ ਡਿਫੈਂਸ ਖੇਤਰ ਵਿੱਚ ਅਜਿਹੇ ਨਿਵੇਸ਼ ਨੂੰ ਪਹਿਲਾਂ 26 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਤੋਂ ਵਧਾ ਕੇ ਮੌਜੂਦਾ 49 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਕੀਤਾ ਗਿਆ।

ਉਦਯੋਗਿਕ ਨੀਤੀ ਅਤੇ ਵਿਕਾਸ ਵਿਭਾਗ

ਦੁਆਰਾ ਬੁਨਿਆਦੀ ਢਾਂਚੇ ਨੂੰ ਉੱਨਤ ਕਰਨ ਅਤੇ ਅਤੀ ਆਧੁਨਿਕ ਤਕਨਾਲੋਜੀ ਦੀ ਵਰਤੋਂ ਨਾਲ ਨਵੀਨਤਾ ਅਤੇ ਸਿਰਜਣਾ ਕਰਨ ਵਾਲਿਆਂ ਦੇ ਕਾਢਾਂ ਸਬੰਧੀ ਅਧਿਕਾਰਾਂ (ਆਈ ਪੀ ਆਰ) ਨੂੰ ਵੀ ਸੁਧਾਰਨ ਅਤੇ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਕਰਨ ਦਾ ਫੈਸਲਾ ਕੀਤਾ ਗਿਆ। ਆਈ ਪੀ ਆਰ ਦੇ ਘੇਰੇ ਵਿੱਚ ਪੇਟੈਂਟ, ਡਿਜ਼ਾਈਨ, ਟਰੇਡਮਾਰਕ, ਭੂਗੋਲਿਕ ਸੰਕੇਤ, ਕਾਪੀਰਾਈਟ, ਪਲਾਂਟ ਦੀ ਕਿਸਮ ਦੀ ਸੁਰੱਖਿਆ ਆਉਣਗੇ।

ਘਰੇਲੂ ਨਿਰਮਾਣ ਦੇ ਵਿਕਾਸ ਲਈ ਮੇਕ ਇਨ ਇੰਡੀਆ ਪਹਿਲਕਦਮੀ ਨੇ ਕੁੱਝ ਟੀਚੇ ਨਿਰਧਾਰਿਤ ਕੀਤੇ ਹਨ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਸ਼ਾਮਲ ਹੈ – ਦਰਮਿਆਨੇ ਸਮੇਂ ਤੱਕ ਨਿਰਮਾਣ ਖੇਤਰ ਦੇ ਵਾਧੇ ਨੂੰ 12-14 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਪ੍ਰਤੀ ਸਾਲ ਵਧਾਉਣਾ ਦੇਸ਼ ਦੇ ਕੁੱਲ ਘਰੇਲੂ ਉਤਪਾਦ ਵਿੱਚ ਨਿਰਮਾਣ ਦਾ ਹਿੱਸਾ ਸਾਲ 2022 ਤੱਕ 16 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਤੋਂ ਵਧਾ ਕੇ 25 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਕਰਨਾ ਅਤੇ ਨਿਰਮਾਣ ਖੇਤਰ ਵਿੱਚ 2022 ਤੱਕ 100 ਮਿਲੀਅਨ ਵਾਧੂ ਨੌਕਰੀਆਂ ਪੈਦਾ ਕਰਨਾ।

ਇਸ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ, ਇਸ ਦਾ ਇਹ ਉਦੇਸ਼ ਵੀ ਹੈ – ਸਮੁੱਚੇ ਵਾਧੇ ਲਈ ਪੇਂਡੂ ਪਰਵਾਸੀਆਂ ਅਤੇ ਸ਼ਹਿਰੀ ਗਰੀਬਾਂ ਲਈ ਉਚਿਤ ਹੁਨਰ ਦੀ ਕੌਸ਼ਲਤਾ ਕਾਇਮ ਕਰਨਾ, ਨਿਰਮਾਣ ਖੇਤਰ ਵਿੱਚ ਘਰੇਲੂ ਮੁੱਲ ਵਾਧੇ ਅਤੇ ਤਕਨਾਲੋਜੀਕਲ ਡੂੰਘਾਈ ਨੂੰ ਵਧਾਉਣਾ, ਭਾਰਤੀ ਨਿਰਮਾਣ ਖੇਤਰ ਦੀ ਵਿਸ਼ਵ ਵਿਆਪੀ ਮੁਕਾਬਲਾ ਯੋਗਤਾ ਵਧਾਉਣਾ ਅਤੇ ਵਾਤਾਵਰਨ ਪੱਖੋਂ ਲਗਾਤਾਰ ਆਰਥਿਕ ਵਾਧਾ ਯਕੀਨੀ ਬਨਾਉਣਾ।

ਹੁਣ ਤੱਕ ਹੋਈ ਤਰੱਕੀ

ਇਸ ਦੀ ਰਸਮੀ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਮਗਰੋਂ ਕਈ ਵੱਡੇ ਘਰੇਲੂ ਅਤੇ ਵਿਸ਼ਵ ਵਿਆਪੀ ਵਪਾਰਕ ਅਦਾਰਿਆਂ ਨੇ ਦੇਸ਼ ਵਿਚ ਨਿਰਮਾਣ ਸਹੂਲਤਾਂ ਕਾਇਮ ਕਰਨ ਦਾ ਐਲਾਨ ਕੀਤਾ ਹੈ। ਆਟੋਮੋਬਾਈਲ ਖੇਤਰ ਵਿੱਚ ਇਟਲੀ ਦਾ ਵੱਡਾ ਬ੍ਰਾਂਡ ਫੀਅਟ ਕ੍ਰਾਈਸਲਰ ਆਟੋਮੋਬਾਈਲਜ਼ ਭਾਰਤ ਵਿੱਚ ਜੀਪ ਬ੍ਰਾਂਡ ਦੇ ਪ੍ਰੀਮੀਅਮ ਸਪੋਰਟਸ ਯੁਟਿਲਟੀ ਵਾਹਨਾਂ ਦੀ ਵੰਨਗੀ ਬਨਾਉਣ ਤੇ ਆਸਟ੍ਰੇਲੀਆ, ਦੱਖਣੀ ਅਫਰੀਕਾ, ਯੂ ਕੇ ਵਰਗੇ ਦੇਸ਼ਾਂ ਨੂੰ ਇਨ੍ਹਾਂ ਵਾਹਨਾਂ ਦੀ ਬਰਾਮਦ ਕਰਨ ਦੀ ਯੋਜਨਾ ਨਾਲ ਸਾਹਮਣੇ ਆਇਆ ਹੈ। ਇਸ ਫੈਸਲੇ ਨਾਲ ਲਗਭਗ 2500 ਕਰੋੜ ਰੁਪਏ ਦਾ ਨਿਵੇਸ਼ ਆਉਣ ਦੀ ਉਮੀਦ ਹੈ। ਟੈਟਰਾਪੈਕ, ਸਕੈਨੀਆ, ਐਰਿਕਸਨ ਅਤੇ ਵੋਲਵੋ ਇੰਡੀਆ ਵਰਗੀਆਂ ਸਵੀਡਨ ਦੀਆਂ ਕੰਪਨੀਆਂ ਨੇ ਮੇਕ ਇਨ ਇੰਡੀਆ ਵਿੱਚ ਭਾਗ ਲੈਣ ਦਾ ਵਚਨ ਦਿੱਤਾ ਹੈ। ਏਅਰ ਬੱਸ ਗਰੁੱਪ ਦਾ ਅਗਲੇ ਪੰਜ ਸਾਲਾਂ ਵਿੱਚ ਭਾਰਤੀ ਕੰਪਨੀਆਂ ਤੋਂ 2 ਬਿਲੀਅਨ ਡਾਲਰ ਦੇ ਏਅਰੋਸਪੇਸ ਪੁਰਜੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਦਾ ਉਦੇਸ਼ ਹੈ। ਜਪਾਨ, ਜਰਮਨੀ, ਫਰਾਂਸ, ਰੂਸ ਅਤੇ ਸਪੇਨ ਦੇ ਰੱਖਿਆ ਖੇਤਰ ਦੇ ਉਪਕਰਨ ਨਿਰਮਾਤਾਵਾਂ ਨੇ ਮੇਕ ਇਨ ਇੰਡੀਆ ਪਹਿਲਕਦਮੀ ਹੇਠ ਦੇਸ਼ ਵਿੱਚ ਨਿਰਮਾਣ ਸਹੂਲਤਾਂ ਕਾਇਮ ਕਰਨ ਲਈ ਕਦਮ ਚੁੱਕੇ ਹਨ। ਇਸ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਰਿਲਾਂਇੰਸ, ਮਹਿੰਦਰਾ, ਟਾਟਾ ਸਮੂਹਾਂ ਵਰਗੇ ਕਾਰੋਬਾਰੀਆਂ ਨੇ ਮੇਕ ਇਨ ਇੰਡੀਆ ਮੁਹਿੰਮ ਅਧੀਨ ਨਵੇਂ ਨਿਵੇਸ਼ ਕਰਨ ਦਾ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਐਲਾਨ ਕਰ ਦਿੱਤਾ ਹੈ।

ਅੱਗੋਂ ਦੀਆਂ ਚੁਨੌਤੀਆਂ

ਅਰਥ ਸ਼ਾਸਤਰੀਆਂ ਅਤੇ ਮਾਹਰਾਂ ਨੇ ਮੰਨਿਆ ਹੈ ਕਿ ਵਿਸ਼ਵੀਕਰਨ ਦੇ ਇੱਕ ਸਚਾਈ ਬਣਨ ਨਾਲ, ਭਾਰਤੀ ਨਿਰਮਾਤਾਵਾਂ ਨੂੰ ਘਰੇਲੂ ਬਾਜ਼ਾਰ ਵਿੱਚ ਵੀ ਬਾਕੀ ਦੀ ਦੁਨੀਆਂ ਦੁਆਰਾ ਪੇਸ਼ ਬਿਹਤਰੀਨ ਅਤੇ ਸੱਭ ਤੋਂ ਸਸਤੇ ਮਾਲ ਨਾਲ ਮੁਕਾਬਲਾ ਕਰਨਾ ਪਵੇਗਾ। ਇਨ੍ਹਾਂ ਕਿਹਾ ਕਿ ਦੇਸ਼ ਵਿੱਚ ਨਿਰਮਾਣ ਸਹੂਲਤਾਂ ਸਥਾਪਤ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਕਿਸੇ ਵੀ ਉਦਯੋਗ ਨੂੰ ਟੈਕਸ ਛੂਟ ਮੁਹੱਈਆ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇ। ਇਸ ਤੋਂ ਇਲਾਵਾ ਦੇਸ਼ ਦਾ ਬਹੁਤ ਵੱਡਾ, ਛੋਟੇ ਅਤੇ ਮੱਧਮ ਉਦਯੋਗਾਂ ਦਾ ਹਿੱਸਾ ਵੀ ਇੱਕ ਅਹਿਮ ਪਹਿਲੂ ਹੈ, ਜੋ ਕਿ ਦੇਸ਼ ਦੁਆਰਾ ਨਿਰਮਾਣ ਖੇਤਰ ਵਿੱਚ ਅਗਲਾ ਵੱਡਾ ਕਦਮ ਚੁੱਕੇ ਜਾਣ ਵਿਚ ਵੱਡੀ ਭੂਮੀਕਾ ਨਿਭਾਅ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਇੱਕ ਪ੍ਰਮੁੱਖ ਉਦਯੋਗਪਤੀ ਅਨੁਸਾਰ, "ਭਾਰਤ ਪਛਾਣੇ ਗਏ ਖੇਤਰਾਂ ਵਿੱਚ ਨਵੇਂਪਨ ਅਤੇ ਨਵੀਨਤਾ ਵੱਲ ਵਧੇਰੇ ਧਿਆਨ ਕੇਂਦਰਿਤ ਕਰੇ ਅਤੇ ਦੇਸ਼ ਦੇ ਪ੍ਰਮੁੱਖ ਸੰਸਥਾਨਾਂ ਨਾਲ ਸ਼ੋਧ ਅਤੇ ਵਿਕਾਸ ਲਈ ਏਕੀਕਰਨ ਕਰੇ ਕਿਉਂਕਿ ਮੇਕ ਇਨ ਇੰਡੀਆ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੀ ਸਫਲਤਾ ਲਈ ਇਹ ਬਹੁਤ ਅਹਿਮ ਹੋਵੇਗਾ।"

ਇੱਕ ਅਰਥ ਸ਼ਾਸਤਰੀ ਅਨੁਸਾਰ ਮੇਕ ਇਨ ਇੰਡੀਆ ਲਈ, ਚੀਨ ਦੀ ਮੇਕ ਇਨ ਚਾਇਨਾ ਮੁਹਿੰਮ ਨਾਲ ਲਗਾਤਾਰ ਤੁਲਨਾ, ਇੱਕ ਵੱਡੀ ਚੁਨੌਤੀ ਹੋਵੇਗੀ। ਚੀਨ ਨੇ ਉਸੇ ਦਿਨ ਇਸ ਮੁਹਿੰਮ ਦੀ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਕੀਤੀ ਸੀ ਜਦੋਂ ਭਾਰਤ ਆਪਣੀ ਨਿਰਮਾਣ ਤਾਕਤ ਬਣਾਈ ਰੱਖਣ ਦੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ ਕਰ ਰਿਹਾ ਸੀ। 'ਭਾਰਤ ਲਗਾਤਾਰ ਆਪਣੀ ਮਜਬੂਤੀ ਨੂੰ ਬਣਾਈ ਰੱਖੇ ਤਾਂ ਜੋ ਨਿਰਮਾਣ ਖੇਤਰ ਵਿਚ ਚੀਨ ਦੀ ਸਰਦਾਰੀ ਤੋਂ ਤੇਜੀ ਨਾਲ ਅੱਗੇ ਨਿਕਲ ਸਕੇ।'

ਪਰ ਫੇਰ ਵੀ ਡੀ ਆਈ ਪੀ ਪੀ ਦੇ ਸਾਬਕਾ ਸਕੱਤਰ ਸ਼੍ਰੀ ਅਮਿਤਾਭ ਕਾਂਤ ਨੇ, ਜੋ ਕਿ ਮੇਕ ਇਨ ਇੰਡੀਆ ਮੁਹਿੰਮ ਦੇ ਰਚਨਾਕਾਰ ਵੀ ਹਨ, ਪਿੱਛੇ ਜਿਹੇ ਕਿਹਾ ਕਿ ਇਸ ਮੁਹਿੰਮ ਦਾ ਪ੍ਰਭਾਵ ਦੇਖਣ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਕੁੱਝ ਸਾਲ ਦਾ ਸਮਾਂ ਦਿੱਤਾ ਜਾਵੇ। ਉਨ੍ਹਾਂ ਕਿਹਾ, "ਤੁਸੀਂ ਢਾਂਚਾਗਤ ਬਦਲਾਵਾਂ ਦੀ ਗੱਲ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ। ਤੁਸੀਂ ਤਰੀਕਿਆਂ, ਪ੍ਰਕਿਰਿਆਵਾਂ ਨੂੰ ਭੰਗ ਕਰਨ ਦੀ ਗੱਲ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ। ਇਸ ਨੂੰ ਕਈ ਸਾਲ ਲੱਗਣਗੇ। ਮੈਂ ਤੁਹਾਨੂੰ ਦੱਸਦਾ ਹਾਂ, ਤੁਹਾਨੂੰ ਜਲਦੀ ਹੀ ਇਸ ਦੇ ਲਾਭ ਨਹੀਂ ਮਿਲਣਗੇ ...।"

ਇਸ ਸੱਭ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ ਵੀ, ਭਾਰਤ ਨੂੰ ਨਿਰਮਾਣ ਦਾ ਕੇਂਦਰ ਬਨਾਉਣ ਦੇ ਰਾਹ ਵਿੱਚ ਆਈਆਂ ਚੁਨੌਤੀਆਂ ਦਾ ਮੁਕਾਬਲਾ ਕਰਦੇ ਹੋਏ ਦੇਸ਼ ਦੁਨੀਆਂ ਦੇ ਨੌਜਵਾਨ ਦੇਸ਼ਾਂ ਵਿੱਚੋਂ ਇੱਕ ਵਜੋਂ ਭਰਪੂਰ ਲਾਭਾਂਸ਼ ਲੈਣ ਲਈ ਅੱਗੇ ਵਧਿਆ। ਕਈ ਰਿਪੋਰਟਾਂ ਅਨੁਸਾਰ 2020 ਤੱਕ ਭਾਰਤ ਦੁਨੀਆਂ ਦਾ ਸੱਭ ਤੋਂ ਨੌਜਵਾਨ ਦੇਸ਼ ਬਣਨ ਲਈ ਤਿਆਰ ਹੈ ਜਿਸ ਦੀ 64 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਵਸੋਂ ਕੰਮਕਾਜ ਕਰਨ ਦੀ ਉਮਰ ਵਿੱਚ ਹੋਵੇਗੀ। ਪੱਛਮੀ ਦੇਸ਼ਾਂ, ਜਪਾਨ, ਇੱਥੋਂ ਤੱਕ ਕਿ ਚੀਨ ਦੀ ਬਜ਼ੁਰਗ ਹੁੰਦੀ ਹੋਈ ਵਸੋਂ, ਭਾਰਤ ਅਤੇ ਇਸ ਦੀ ਵਧਦੀ ਹੋਈ ਆਰਥਿਕਤਾ ਲਈ ਇਸ ਜਨਤਕ ਗਿਣਤੀ ਦੀ ਸਮਰੱਥਾ ਇਕ ਚੜ੍ਹਤ ਪੇਸ਼ ਕਰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਅਰਥ ਸ਼ਾਸਤਰੀਆਂ ਦਾ ਵਿਸ਼ਵਾਸ ਹੈ ਕਿ ਇਹ ਕੁੱਲ ਘਰੇਲੂ ਉਤਪਾਦ ਦਰ ਵਿੱਚ ਸਾਲਾਨਾ 2 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਦਾ ਅਹਿਮ ਵਾਧਾ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਪ੍ਰਧਾਨ ਮੰਤਰੀ ਨੇ ਇਹ ਵੀ ਕਿਹਾ ਸੀ ਕਿ ਸਿਰਫ਼ ਭਾਰਤ ਹੀ ਦੁਨੀਆਂ ਵਿੱਚ ਅਜਿਹਾ ਦੇਸ਼ ਹੈ ਜੋ ਲੋਕਤੰਤਰ, ਜਨਤਕ ਗਿਣਤੀ ਅਤੇ ਵਧਦੇ ਹੋਏ ਮੱਧਮ ਵਰਗ ਦੀ ਮੰਗ ਦਾ ਅਨੋਖਾ ਸੁਮੇਲ ਪੇਸ਼ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਇਸ ਦੇ ਨਾਲ ਹੀ ਇਹ ਮੁਹਿੰਮ ਵਿਸ਼ਵ ਵਿਆਪੀ ਨਿਰਮਾਣ ਕੇਂਦਰ ਵਜੋਂ

ਬਾਕੀ ਸਫ਼ਾ 50 ਉੱਤੇ

ਭਾਰਤ ਵਿੱਚ ਮੌਜੂਦਾ ਮੈਡੀਕਲ ਸਥਿਤੀ : ਸਿਹਤ ਜਾਗਰੂਕਤਾ - ਇਕ ਕ੍ਰਾਂਤੀ ਦੀ ਲੋੜ

ਮਨੀਸ਼ ਕੁਮਾਰ

ਸਾਡੇ ਟੀਕਾਕਰਨ ਅਤੇ ਕੁੱਝ ਹੋਰ ਬੁਨਿਆਦੀ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਅਤੇ ਬਚਾਉਕਾਰੀ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਦੇ ਸਦਕੇ ਭਾਰਤ ਨੇ ਪਿਛਲੇ ਦਹਾਕੇ ਵਿੱਚ ਕੁਝ ਸਿਹਤ ਸੰਕੇਤਕਾਂ ਵਿੱਚ ਕਾਫੀ ਸੁਧਾਰ ਕੀਤੇ ਹਨ। ਪਰ ਫਿਰ ਵੀ ਭਾਰਤ ਹੋਰ ਮੱਧਵਰਤੀ ਆਮਦਨ ਵਾਲੇ ਦੇਸ਼ਾਂ ਅਤੇ ਆਪਣੇ ਖੇਤਰੀ ਗੁਆਂਢੀਆਂ ਦੇ ਮੁਕਾਬਲੇ ਸਿਹਤ ਸੰਕੇਤਕਾਂ ਵਿੱਚ ਪਛੜ ਰਿਹਾ ਹੈ ਅਤੇ ਬਿਮਾਰੀਆਂ ਦੇ ਵਿਸ਼ਵ ਭਰ ਵਿੱਚ ਅਨੁਪਾਤ ਹੀਨਤਾ ਵਾਲਾ ਹਿੱਸਾ ਪਾ ਰਿਹਾ ਹੈ। ਵੱਖ-ਵੱਖ ਰਾਜਾਂ, ਸ਼ਹਿਰੀ ਅਤੇ ਪੇਂਡੂ ਆਬਾਦੀ ਅਤੇ ਸਮਾਜਕ ਵਰਗਾਂ ਵਿਚਕਾਰ ਵੱਡੀਆਂ ਸਿਹਤ ਅਸਮਾਨਤਾਵਾਂ ਚਲੀਆਂ ਆ ਰਹੀਆਂ ਹਨ। ਸਾਡੇ ਬਹੁਤੇ ਵਿਚਾਰ-ਵਟਾਂਦਰਿਆਂ ਵਿੱਚ ਸਿਹਤ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਚਿੰਤਾ ਦਾ ਇਕ ਵੱਡਾ ਵਿਸ਼ਾ ਬਣੇ ਹੋਏ ਹਨ। ਆਮ ਲੋਕ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਦੇ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਪਹਿਲੂਆਂ ਨਾਲ ਖੁਸ਼ ਨਹੀਂ ਹਨ। ਮੈਂ ਇਕ ਉਦਾਹਰਣ ਨਾਲ ਇਸ ਚਰਚਾ ਨੂੰ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰਦਾ ਹਾਂ :

ਇਹ ਰਾਸ਼ਟਰੀ ਰਾਜਧਾਨੀ ਖੇਤਰ ਦੇ ਇਕ ਨੌਜਵਾਨ ਦੇ ਲਗਾਤਾਰ ਲਏ ਗਏ ਸੀ.ਟੀ. ਸਕੈਨ ਹਨ ਜਿਸ ਨੂੰ 2010 ਵਿੱਚ ਇਕ ਸਦਮੇ ਵਾਲੀ ਦਿਮਾਗੀ ਚੋਟ ਸਹਿਣੀ ਪਈ ਸੀ, ਪਰ ਦੁੱਖ ਇਹ ਹੈ ਕਿ 2012 ਵਿੱਚ ਜਦੋਂ ਉਸ ਦੇ ਦਿਮਾਗ ਨੇ ਹਾਈਡਰੋਫਾਲਸ, ਵੈਂਟਰੀਕੁਲੋ-ਪੈਰਿਟੋਂਕਲ (ਵੀ.ਪੀ.) ਦਿਖਾਇਆ ਤਾਂ ਬਿਜਲਈ ਝਟਕੇ ਨਾਲ ਇਲਾਜ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਿਆ। ਇਹੋ ਕਾਰਨ ਹੈ ਕਿ ਮੈਂ ਉਸ ਦੀ ਮਿਸਾਲ ਦੇ ਰਿਹਾ ਹਾਂ। ਉਹ ਲਗਾਤਾਰ ਬੇਕਾਰ ਪਈ ਦਿਮਾਗੀ ਹਾਲਤ ਵਿੱਚ ਰਹਿ ਰਿਹਾ ਹੈ। ਭਾਵੇਂ 2012 ਵਿੱਚ ਇਕ ਵੀ.ਪੀ. ਸ਼ੰਟ ਇਲਾਜ ਪੂਰਾ ਦ੍ਰਿਸ਼ ਹੀ ਬਦਲ ਦਿੰਦਾ ਹੈ, ਜੋ ਪੱਕੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਨਹੀਂ ਕਿਹਾ ਜਾ ਸਕਦਾ, ਪਰ ਫਿਰ ਵੀ ਇਸ ਦੀ, ਬਿਮਾਰ ਦੇ ਚੰਗੇ ਹੋਣ ਵਿੱਚ ਭੂਮਿਕਾ ਨੂੰ, ਰੱਦ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ।

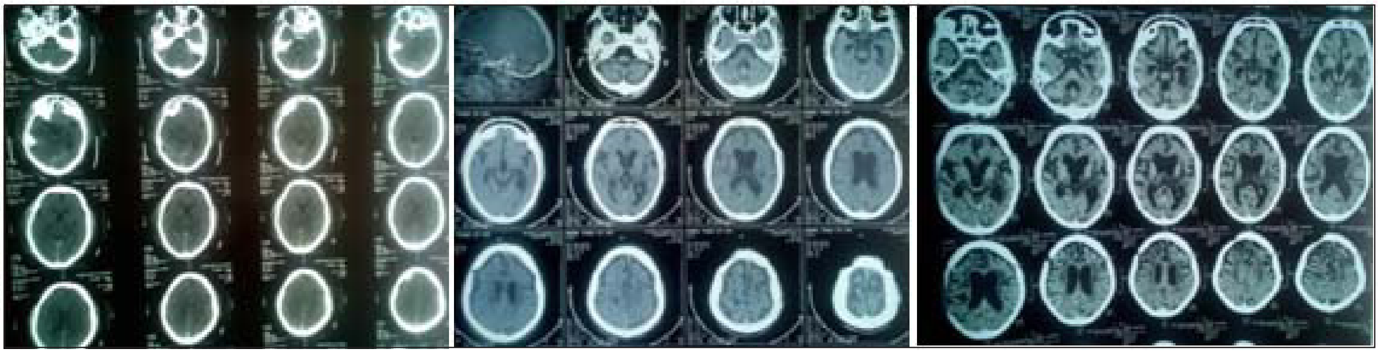
ਇਹ ਇਕ ਖ਼ਾਸ ਕਿਸਮ ਦੀ ਕਹਾਣੀ ਹੈ ਜੋ ਸਾਡੇ ਦੇਸ਼ ਵਿੱਚ ਹਰ ਰੋਜ਼ ਵਾਪਰ ਰਹੀ ਹੈ, ਖ਼ਾਸ ਤੌਰ ਤੇ ਉਦੋਂ ਜਦੋਂ ਉੱਚ ਦਰਜੇ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਦਾ ਸਵਾਲ ਹੋਵੇ। 2012 ਵਿੱਚ ਵੀ.ਪੀ. ਸ਼ੰਟ ਕਿਉਂ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾ ਸਕਦੀ? ਕਿਉਂ ਇਕ ਭਾਰਤੀ ਨੌਜਵਾਨ, ਜੋ ਆਪਣੇ ਮਾਪਿਆਂ ਦਾ ਇਕਲੌਤਾ ਪੁੱਤਰ ਹੈ, ਇਕ ਪਤੀ ਅਤੇ ਇਕ ਪਿਤਾ ਹੈ, ਅੱਜ ਤੱਕ 25 ਲੱਖ ਰੁਪਏ ਇਲਾਜ ਉਪਰ ਖਰਚ ਕਰਨ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ ਢੁਕਵੀਂ ਮੈਡੀਕਲ ਸਹਾਇਤਾ ਤੋਂ ਵਾਂਝਾ ਰਿਹਾ ਹੈ ਜਿਸ ਕਾਰਨ ਉਸ ਦੀ ਸਿਹਤ ਹੋਰ ਵੀ ਖਰਾਬ ਹੋ ਗਈ ਹੈ?

ਸਾਡੀ ਸਹਿਤ ਦੇਖਭਾਲ ਨੂੰ ਕੀ ਬਿਮਾਰੀ ਹੈ?

ਇਸ ਸਮੇਂ ਅਸੀਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਦੇ ਮੁੱਦੇ ਖੋਜ ਰਹੇ ਹਾਂ ਜੋ ਤਥਾਕਥਿਤ ਆਧੁਨਿਕ ਦਵਾਈਆਂ ਦਾ ਦਰਵਾਜ਼ਾ ਖਟਖਟਾਉਂਦੇ ਹਨ (ਐਲੋਪੈਥੀ) ਅਤੇ ਜਿਥੇ ਸਭ ਬਚਾਉਕਾਰੀ ਤਰੀਕੇ ਜਾਂ ਤਾਂ ਫੇਲ੍ਹ ਹੋ ਗਏ ਹਨ ਅਤੇ ਜਾਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਕੋਈ ਭੂਮਿਕਾ ਹੀ ਨਹੀਂ ਹੈ ਜਾਂ ਉਨ੍ਹਾਂ ਵਿਅਕਤੀਆਂ ਬਾਰੇ ਸੋਚ ਰਹੇ ਹਾਂ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਨੇ ਆਯੁਸ਼ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਨੂੰ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਜਾਂਚ ਲਿਆ ਹੈ।

ਭਾਵੇਂ ਲੋਕ ਇਕ ਦੂਜੇ ਉਪਰ ਦੋਸ਼ ਮੜ੍ਹਨ ਵਿੱਚ ਲਗੇ ਹੋਏ ਹਨ, ਪਰ ਹਰ ਕੋਈ ਦੋ ਮੁੱਖ ਮੁੱਦਿਆਂ ਉਪਰ ਸਹਿਮਤ ਹੈ (1) ਸਿਖਲਾਈਸ਼ੁਦਾ ਮਾਹਿਰਾਂ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਡਾਕਟਰਾਂ, ਨਰਸਾਂ ਅਤੇ ਹਸਪਤਾਲ ਵਿੱਚ ਬਿਸਤਰਿਆਂ ਦੀ ਕਮੀ ਅਤੇ (2) ਇਲਾਜ ਦੀ ਉੱਚੀ ਲਾਗਤ ।

2011 ਵਿੱਚ, ਮਾਹਿਰਾਂ ਦੇ ਇਕ ਉੱਚ ਪੱਧਰੀ ਗਰੁੱਪ ਦੀ ਭਾਰਤ ਵਿੱਚ ਸਰਵਵਿਆਪੀ ਸਿਹਤ ਪਸਾਰ ਉਪਰ ਰਿਪੋਰਟ ਵਿੱਚ ਕੀਤੀਆਂ ਸਿਫਾਰਸ਼ਾਂ ਅਨੁਸਾਰ, ਸਾਨੂੰ ਵੱਡੇ ਪੱਧਰ ਉਤੇ ਮਾਹਿਰਾਂ ਅਤੇ ਹੋਰ ਬੁਨਿਆਦੀ ਢਾਂਚੇ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ। ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੇ ਵਿੱਤੀ ਮੁੱਦਿਆਂ ਉਪਰ ਵੀ ਸੁਝਾਅ



ਦਿੱਤੇ ਸਨ ਅਤੇ ਕੁੱਝ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਸਿਫਾਰਸ਼ਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਸਰਕਾਰੀ ਖਰਚੇ ਵਿੱਚ ਨਿੱਜੀ ਕੰਪਨੀਆਂ ਦੀ ਸ਼ਮੂਲੀਅਤ ਆਦਿ, ਕੀਤੀਆਂ ਸਨ। ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੀਆਂ ਸਿਫ਼ਾਰਸ਼ਾਂ ਵਿੱਚ, ਵੱਖ-ਵੱਖ ਰਾਜਾਂ ਅਤੇ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਭੂਗੋਲਕ ਖੇਤਰਾਂ ਵਿੱਚ ਵੀ ਅੰਤਰ ਹੈ। ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੀਆਂ ਸਿਫ਼ਾਰਸ਼ਾਂ ਅਤੇ ਅੱਜ ਦੇ ਹਾਲਾਤ ਨੂੰ ਦੇਖਦੇ ਹੋਏ, ਬਹੁਤ ਆਸ਼ਾਵਾਦੀ ਲੋਕ ਵੀ ਇਸ ਗੱਲ ਨਾਲ ਸਹਿਮਤ ਹੋਣਗੇ ਕਿ ਕੁੱਝ ਟੀਚੇ, ਖ਼ਾਸ ਤੌਰ ਤੇ ਕੁੱਝ ਭੂਗੋਲਿਕ ਖੇਤਰਾਂ ਵਿੱਚ ਸਟਾਫ ਨਰਸਾਂ ਅਤੇ ਡਾਕਟਰਾਂ ਦੀ ਗਿਣਤੀ ਦਾ ਟੀਚਾ ਕਦੇ ਵੀ ਹਾਸਲ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ। ਇਸ ਸਭ ਤੋਂ ਉਪਰ, ਚਿੰਦਾ ਦਾ ਵਿਸ਼ਾ ਜੋ ਬਰਾਬਰ ਬਣਿਆ ਹੋਇਆ ਹੈ, ਉਹ ਹੈ ਮਾਹਿਰਾਂ ਦਾ ਰੋਗੀ ਦੀ ਦੇਖਭਾਲ ਵੱਲ ਤਥਾਕਥਿਤ ਧਿਆਨ। ਇਸ ਨੂੰ ਅਸੀਂ ਕਿਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਸੁਧਾਰ ਸਕਦੇ ਹਾਂ?

ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਰ ਆਉਣ ਵਾਲਾ ਖਰਚਾ, ਡਾਕਟਰਾਂ ਦੇ ਸਲਾਹ ਮਸ਼ਵਰੇ ਦੀ ਫੀਸ ਤੋਂ ਲੈ ਕੇ ਦਵਾਈਆਂ ਦੀਆਂ ਕੀਮਤਾਂ ਅਤੇ ਹਸਪਤਾਲਾਂ ਦੇ ਬੁਨਿਆਦੀ ਢਾਂਚੇ ਦੀ ਫ਼ੀਸ ਤਕ ਵਿਚਾਰ ਵਟਾਂਦਰੇ ਦਾ ਵਿਸ਼ਾ ਬਣੇ ਹੋਏ ਹਨ। ਕੀ ਅਸੀ ਇਸ ਨੂੰ ਸਮਾਨ, ਵਿਵੇਕਪੂਰਨ ਅਤੇ ਅਸਰਦਾਰ ਤਰੀਕੇ ਨਾਲ ਨਜਿੱਠ ਸਕਦੇ ਹਾਂ?

ਇਨ੍ਹਾਂ ਸਭ ਗੱਲਾਂ ਨੂੰ ਦੇਖਦੇ ਹੋਏ, ਸਭ ਕੁੱਝ ਧੁੰਦਲਾ ਅਤੇ ਢਿੱਲਾ-ਮੱਠਾ ਨਜ਼ਰ ਆ ਰਿਹਾ ਹੈ। ਇਸ ਲਈ, ਇਸ ਵਿਚੋਂ ਨਿਕਲਣ ਦਾ ਕੀ ਤਰੀਕਾ ਹੈ? ਕਿਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਇਕ ਸਾਧਾਰਨ ਨਾਗਰਿਕ ਅਜਿਹੇ ਹਾਲਤਾਂ ਵਿੱਚ ਆਪਣੀ ਸਿਹਤ ਦਾ ਧਿਆਨ ਰੱਖ ਸਕਦਾ ਹੈ ਜਿਥੇ ਨਜ਼ਦੀਕੀ (ਦ੍ਰਿਸ਼) ਭਵਿੱਖ ਵਿੱਚ ਸਰਕਾਰੀ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ਾਂ ਨਾਕਾਫੀ ਨਜ਼ਰ ਆ ਰਹੀਆਂ ਹਨ? ਅੱਜ ਤਕ ਇਹ ਵਧੇਰੇ ਕਰਕੇ ਜਵਾਬਾਂ ਦੇ ਬਜਾਇ ਸਵਾਲ ਹੀ ਬਣੇ ਹੋਏ ਹਨ।

ਸਾਨੂੰ ਦੋ ਗੱਲਾਂ ਸਮਝ ਲੈਣੀਆਂ ਚਾਹੀਦੀਆਂ ਹਨ (1) ਸਾਡੀ ਆਬਾਦੀ (ਵੱਖ-ਵੱਖ ਸਮਾਜਕ, ਆਰਥਿਕ, ਸਿੱਖਿਆ, ਭੂਗੋਲਿਕ, ਸਭਿਆਚਾਰਕ ਅਤੇ ਰਾਜਨੀਤਕ ਹਾਲਤਾਂ ਵਿੱਚ) ਬਹੁਤ ਵੱਡੀ ਹੈ ਜਿਸ ਨੂੰ ਰੁਕਾਵਟਾਂ ਦੀ ਬਜਾਇ, ਵਿਕਾਸ ਦੀ ਸਮਰਥਾ ਅਤੇ ਮੌਕਿਆਂ ਦੇ ਭੰਡਾਰ ਦੇ ਤੌਰ ਤੇ ਕੰਮ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਅਤੇ (2) ਮੰਗ ਅਤੇ ਪੂਰਤੀ ਵਿੱਚ ਬਹੁਤ ਵੱਡੀ ਖਾਈ ਹੈ ਜਿਸ ਦੀ ਅੱਜ ਦੀ ਯੋਜਨਾਬੰਦੀ ਰਾਹੀਂ ਪੂਰਤੀ ਕਰਨਾ ਅਸਾਨ ਨਹੀਂ ਹੈ।

ਅੱਜ ਦੇ ਹਾਲਾਤ ਵਿਚ, ਮੈਨੂੰ ਆਮ ਆਦਮੀ ਲਈ ਬਹੁਤ ਮੌਕੇ ਨਜ਼ਰ ਆ ਰਹੇ ਹਨ। ਇਸ ਦਾ ਹੱਲ ਸਮਾਜ ਨੂੰ ਚੇਤਨਾ ਅਤੇ ਗਿਆਨ ਨਾਲ ਲੈਸ ਕਰਨਾ ਹੈ। ਸਾਧਾਰਨ ਜਨਤਾ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਵੀ ਹੱਦ ਤਕ ਜਾਗਰੂਕਤਾ ਪੈਦਾ ਕਰਨ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਅਤੇ ਇਹ ਸਿਰਫ਼ ਇਕੋ ਇਕ ਰਸਤਾ ਹੈ ਜੋ ਵਿਅਕਤੀ, ਸਮਾਜ, ਮਾਹਿਰਾਂ ਅਤੇ ਸਰਕਾਰ ਸਭ ਦੀ ਇਕੋ ਜਿਹੀ ਮਦਦ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਸਮਾਜਕ ਵਰਗ ਸਿਰਫ਼ ਸਿਹਤ ਦੇਖਭਾਲ ਹਾਸਲ ਕਰਨ ਵਾਲੇ ਹੀ ਨਹੀਂ ਹਨ। ਉਨ੍ਹਾਂ ਦੀ ਸਮਾਜਿਕ ਅਤੇ ਪਰਿਵਾਰਕ ਨੈੱਟਵਰਕਾਂ ਦੀ ਮਦਦ ਰਾਹੀਂ, ਸਿਹਤ ਸਹੂਲਤਾਂ ਪੈਦਾ ਕਰਨ ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਉਤਸ਼ਾਹਤ ਕਰਨ ਅਤੇ ਸਥਾਨਕ ਸਿਹਤ ਗਿਆਨ ਨੂੰ ਲਾਗੂ ਕਰਨ ਦੀ ਸਮਰਥਾ ਵੀ ਹੈ। ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਸੇਵਾ ਦੇਣ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ, ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਅਤੇ ਜਵਾਬਦੇਹੀ ਸਮਾਜ ਅਤੇ ਨਾਗਰਿਕਾਂ ਦਾ ਇਸ ਵਿਚ ਰੁਝੇਵਾਂ ਲੋਕਤੰਤਰ ਦੀਆਂ ਜੜ੍ਹਾਂ ਮਜਬੂਤ ਹੋਣ ਵੱਲ ਇਸ਼ਾਰਾ ਹਨ।

ਉਹ ਖੇਤਰ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਜਾਗਰੂਕਤਾ ਤੁਰੰਤ ਬਦਲਾਅ ਲਿਆ ਸਕਦੀ ਹੈ, ਹਨ: (1) ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ - ਭਾਰਤ ਵਿੱਚ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਸਿਰਫ਼ 18 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਹੈ। (2) 2011 ਵਿੱਚ, ਮਾਹਿਰਾਂ ਦੇ ਉੱਚ ਪੱਧਰੀ ਗਰੁੱਪ ਦੀ ਭਾਰਤ ਵਿੱਚ ਸਰਵਵਿਆਪੀ ਸਿਹਤ ਪਸਾਰ ਉਪਰ ਰਿਪੋਰਟ ਦੀਆਂ ਸਿਫ਼ਾਰਸ਼ਾਂ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ, ਵੱਖ-ਵੱਖ ਭਾਰਤੀ ਸਰਕਾਰਾਂ ਸਿਹਤ ਬੀਮੇ ਲਈ ਨਿੱਜੀ ਲੋਕਾਂ ਨੂੰ ਇਸ ਕਾਰਜ ਵਿੱਚ ਤੁਰੰਤ ਪਹੁੰਚ ਦੇ ਤੌਰ ਤੇ ਇਸਤੇਮਾਲ ਕਰਦੀਆਂ ਰਹੀਆਂ ਹਨ। ਦੁਨੀਆਂ ਵਿੱਚ ਅਜਿਹੇ ਦੇਸ਼ ਵੀ ਹਨ ਜਿਨ੍ਹਾਂ ਵਿੱਚ ਸਰਕਾਰਾਂ ਸਿਹਤ ਨੂੰ 100 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਹਮਾਇਤ ਦਿੰਦੀਆਂ ਹਨ।

ਵਿਕਸਤ ਦੇਸ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਸਰਕਾਰਾਂ ਸਿਹਤ ਉਪਰ ਕੁੱਲ ਘਰੇਲੂ ਉਤਪਾਦ ਦਾ 6 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਤੋਂ ਵੱਧ ਹਿੱਸਾ ਖਰਚਾ ਕਰਦੀਆਂ ਹਨ। ਛੋਟੀ ਅਰਥ ਵਿਵਸਥਾ ਦੇ ਬਾਵਜੂਦ, ਭਾਰਤ ਅਜੇ ਵੀ ਆਪਣੇ ਸਮੁੱਚੇ ਘਰੇਲੂ ਉਤਪਾਦਨ ਦੇ 2 ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਤੋਂ ਘੱਟ ਖਰਚਾ ਸਿਹਤ ਉਪਰ ਕਰਦਾ ਹੈ।

ਸਭ ਨੂੰ ਇਹ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਤੱਥ ਸਮਝਣ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਕਿ ਜਦੋਂ ਸਾਡਾ ਖਰਚਾ ਇੰਨਾ ਘੱਟ ਹੈ, ਸਾਡੀਆਂ ਸੇਵਾਵਾਂ ਕਿਸ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦੀਆਂ ਹੋਣਗੀਆਂ।

ਅਮਲੀ ਰੂਪ ਵਿਚ, ਲਾਗਤ ਦਾ ਪ੍ਰਬੰਧਨ ਕੋਈ ਸਮਝਦਾਰ ਵਿਅਕਤੀ ਹੀ ਕਰ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਮੈਨੂੰ ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਚਲਣ, ਉਨ੍ਹਾਂ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਅਤੇ ਗਿਆਨ ਦਾ ਅਮਲੀ ਤਜਰਬਾ ਹੋਇਆ ਜਦੋਂ ਸਾਡੇ ਹਸਪਤਾਲ ਦੀ ਇਕ ਔਰਤ ਸੁਰੱਖਿਆ ਗਾਰਡ ਨੇ ਮੈਨੂੰ ਇਹ ਦੱਸਿਆ ਕਿ ਉਹ ਆਪਣਾ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਕਿਸੇ ਹੋਰ ਛੋਟੇ ਹਸਪਤਾਲ

ਸੂਚੀ-1 : ਕੁਝ ਦੇਸ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਪ੍ਰਤਿ ਜੀਅ ਸਿਹਤ ਉਪਰ ਖਰਚਾ - ਵੇਰਵੇ ਵਿਸ਼ਵ ਬੈਂਕ ਦੀ ਸਾਈਟ ਉਪਰ	
ਦੇਸ਼	ਪ੍ਰਤਿ ਜੀਅ ਸਿਹਤ ਉੱਪਰ ਖਰਚਾ (ਡਾਲਰਾਂ ਵਿੱਚ - 2013)
ਭਾਰਤ	61
ਸ੍ਰੀਲੰਕਾ	102
ਸੰਯੁਕਤ ਅਰਬ ਅਮੀਰਾਤ	1,569
ਇੰਗਲੈਂਡ	3,598
ਅਮਰੀਕਾ	9,146

ਸੂਚੀ-2 : ਕੁੱਝ ਦੇਸ਼ਾਂ ਵਿੱਚ (2013 ਵਿੱਚ) ਕੁੱਲ ਘਰੇਲੂ ਉਤਪਾਦ ਦਾ ਸਿਹਤ ਉਪਰ ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ ਖਰਚਾ - ਵੇਰਵੇ ਵਿਸ਼ਵ ਬੈਂਕ ਦੀ ਸਾਈਟ ਉਪਰ	
ਦੇਸ਼	ਸਿਹਤ ਉੱਪਰ ਕੁੱਲ ਘਰੇਲੂ ਉਤਪਦ ਦਾ ਪ੍ਰਤਿਸ਼ਤ
ਭਾਰਤ	1.3
ਸ੍ਰੀਲੰਕਾ	1.4
ਸੰਯੁਕਤ ਅਰਬ ਅਮੀਰਾਤ	2.3
ਇੰਗਲੈਂਡ	7.6
ਅਮਰੀਕਾ	8.1

ਵਿਚ ਕਰਵਾ ਰਹੀ ਹੈ। ਜਦੋਂ ਮੈਂ ਉਸ ਨੂੰ ਪੁੱਛਿਆ ਕਿ ਉਹ ਇਥੇ ਓਪਰੇਸ਼ਨ ਕਿਉਂ ਨਹੀਂ ਕਰਵਾ ਰਹੀ, ਉਸ ਨੇ ਹੌਲੀ ਜਿਹੀ ਜਵਾਬ ਦਿੱਤਾ ਕਿ ਉਹ ਇਸ ਵੱਡੇ ਹਸਪਤਾਲ ਦਾ ਖਰਚਾ ਨਹੀਂ ਝੱਲ ਸਕਦੀ। ਜਦੋਂ ਮੈਂ ਉਸ ਨੂੰ ਪੁੱਛਿਆ ਕਿ ਉਸ ਨੇ ਸਿਹਤ ਬੀਮਾ ਕਿਉਂ ਨਹੀਂ ਕਰਵਾਇਆ, ਉਸ ਦਾ ਜਵਾਬ ਸੀ ਕਿ ਉਸ ਨੂੰ ਇਸ ਬਾਰੇ ਪਹਿਲਾਂ ਕੋਈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹੀ ਨਹੀਂ ਸੀ। (2) ਮੈਡੀਕਲ ਗਿਆਨ ਸਧਾਰਨ ਗਿਆਨ ਦੇ ਤੌਰ ਤੇ - ਭਾਰਤ ਵਿੱਚ ਹਰ ਕੋਈ ਡਾਕਟਰ ਹੈ? ਇਸ ਦਾ ਕਾਰਨ ਹੈ ਆਦਿਕਾਲ ਤੋਂ ਸਹੂਲਤਾਂ ਦੀ ਘਾਟ। ਸਾਨੂੰ ਇਸ ਚਾਹ ਨੂੰ ਇਸਤੇਮਾਲ ਕਰਨਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਇਸ ਨੂੰ ਉਨ੍ਹਾਂ ਲਈ ਅਤੇ ਸਮਾਜ ਲਈ ਸੁਰੱਖਿਅਤ ਅਤੇ ਵਧੇਰੇ ਲਾਭਕਾਰੀ ਬਣਾਉਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। ਮੈਡੀਕਲ ਜਾਗਰੂਕਤਾ - ਕਿਸੇ ਵੀ ਹੱਦ ਤੱਕ - ਕੁੱਝ ਹੱਦ ਤੱਕ, ਜਦੋਂ ਵੀ ਸੰਭਵ ਹੋ ਸਕੇ ਇਕ ਸਹੀ ਤਰੀਕੇ ਪੈਦਾ ਕਰਨੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ। ਇਹ ਕਿਸੇ ਵੀ ਹਾਲਤ ਵਿੱਚ, ਲੋਕਾਂ ਵਲੋਂ ਹੁੰਗਾਰਾ ਭਰਨ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰੇਗੀ।

ਅਜਿਹੇ ਗਿਆਨ ਅਤੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦਾ ਉਦੇਸ਼ ਹੋਵੇਗਾ :

(ੳ) ਆਪਣੀ ਸਮੱਸਿਆ ਬਾਰੇ ਜਾਣੋ ਅਤੇ ਡਾਕਟਰ ਨੂੰ ਉਸ ਬਾਰੇ ਸਮਝਣ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਕਰੋ।

(ਅ) ਰੋਗ ਦੇ ਲੱਛਣਾਂ ਅਤੇ ਇਲਾਜ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਹਾਸਲ ਕਰੋ।

(ੲ) ਮੈਡੀਕਲ ਜਾਂਚ ਵਿੱਚ ਰੋਗ ਦੇ ਲੱਛਣ ਵਿਸ਼ਲੇਸ਼ਨ ਦਾ ਮਹੱਤਵ।

(ਸ) ਉਪਲਬਧ ਸਹੂਲਤਾਂ ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਉਪਰ ਆਉਣ ਵਾਲਾ ਖਰਚਾ।

(ਹ) ਡਾਕਟਰ ਦੇ ਨੁਸਖੇ ਵਿੱਚ ਲਿਖੀਆਂ ਦਵਾਈਆਂ ਬਾਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ।

ਕਿਉਂ ਜਾਨਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ?

(ੳ) ਮੌਜੂਦਾ ਮੈਡੀਕਲ ਪ੍ਰਣਾਲੀ ਅਤੇ ਮਾਹਿਰਾਂ ਦੀ ਮਦਦ ਕਰਨਾ ਜੋ ਬਹੁਤ ਰੁਝੇ ਹੋਏ ਅਤੇ ਭਾਰੀ ਦਬਾਅ ਹੇਠ ਹਨ।

(ਅ) ਇਹ ਘੋਖਣਾ ਕਿ ਦਿੱਤੀ ਸਲਾਹ ਅਤੇ ਵਿਧੀ ਠੀਕ ਹਨ?

(ੲ) ਸਮੇਂ ਦੀ ਦੁਰਵਰਤੋਂ ਰੁਕਣਾ - ਗ਼ੈਰ ਸਮਾਜਕ ਸਰਮਰਗੀਆਂ ਰੋਕੋ। ਨੌਕਰੀ ਰਹਿਤ ਹਾਲਾਤ ਦਾ ਮੁਕਾਬਲਾ ਕਰੋ।

(ਸ) ਲੋਕ ਆਪਣੇ ਜੀਵਨ ਅਤੇ ਸਿਹਤ ਨੂੰ ਨਿਸ਼ਚਿਤ ਸਮਝਦੇ ਹਨ; ਸਿਹਤ ਉਪਰ ਧਿਆਨ ਨਹੀਂ ਦਿੱਤਾ ਜਾਂਦਾ; ਕੋਈ ਵੀ ਜੀਵਨ ਖ਼ਤਰੇ ਵਿੱਚ ਹੋਣ ਦੀ ਹਾਲਤ ਬਾਰੇ ਨਾ ਸੋਚਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਨਾ ਹੀ ਉਸ ਬਾਰੇ ਕੋਈ ਯੋਜਨਾਬੰਦੀ ਕਰਦਾ ਹੈ। ਵੱਡੇ ਪੈਮਾਨੇ ਉਤੇ ਜਾਗਰੂਕਤਾ ਪੈਦਾ ਕਰਨ ਦੀ ਮੁਹਿੰਮ ਸ਼ੁਰੂ ਕਰ ਕੇ ਅਸੀਂ ਭਾਰਤੀ ਸਮਾਜ ਵਿਚ ਸਿਹਤ ਨੂੰ ਕਿਸੇ ਮੁੱਦੇ ਵੀ ਵੱਧ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਮੁੱਦਾ ਬਣਾ ਸਕਦੇ ਹਾਂ।

ਇਨ੍ਹਾਂ ਵਿਸ਼ਿਆਂ ਉਪਰ (ੳ) ਮੀਡੀਆ (ਅਖ਼ਬਾਰਾਂ/ਟੀ ਵੀ) ਦੀ ਬਹੁਤ ਭੂਮਿਕਾ ਹੈ। ਡਾਕਟਰਾਂ ਦੀ ਅਗਿਆਨਤਾ ਜਾਂ ਹਸਪਤਾਲਾਂ ਬਾਰੇ ਜਾਂ ਕਿਸੇ ਬਾਬੇ ਦੀਆਂ ਜਾਦੂ ਦੀਆਂ ਕਹਾਣੀਆਂ ਬਾਰੇ ਚਟਪਟੀਆਂ ਖ਼ਬਰਾਂ ਦੇਣ ਦੀ ਬਜਾਇ, ਮੀਡੀਆ ਨੂੰ ਲੋਕਾਂ ਤਕ ਵਿਗਿਆਨ ਅਤੇ ਵਿਹਾਰਕ ਗਿਆਨ ਪਹੁੰਚਾਉਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ। (ਅ) ਨਿਆਂਪਾਲਿਕਾ ਅਤੇ ਹੋਰ ਅਧਿਕਾਰਕ ਅਹੁਦੇਦਾਰਾਂ ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਭਾਰਤੀ ਮੈਡੀਕਲ ਕੌਂਸਲ ਨੂੰ ਨਿਯਮਾਂ ਵਿੱਚ ਢਿੱਲ ਦੇ ਕੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਨੂੰ ਸਮਾਜ ਲਈ ਯੋਗ ਬਣਾਉਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਕਿ ਮੈਡੀਕਲ ਪਾਠਕ੍ਰਮ ਰਾਹੀਂ ਸਿੱਖਿਆ ਦੇਣ ਲਈ ਵਧੇਰੇ ਗਿਣਤੀ ਵਿੱਚ ਸੰਸਥਾਨ ਤਿਆਰ ਹੋ ਜਾਣ ਅਤੇ ਅਜਿਹੇ ਪੜ੍ਹੇ-ਲਿਖੇ ਨੌਜਵਾਨਾਂ ਨੂੰ ਨਿਯਮਤ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕੇ ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਦਾ ਗਿਆਨ ਸਮਾਜ ਅਤੇ ਉਨ੍ਹਾਂ ਲਈ ਲਾਭਕਾਰੀ ਹੋ ਸਕੇ।

ਮੈਂ ਜੋ ਉਦਾਹਰਣ ਦਿੱਤੀ ਹੈ, ਉਸ ਵਿੱਚ ਪੈਸਾ ਹੀ ਰੁਕਾਵਟ ਨਹੀਂ ਸੀ। ਇਹ ਬਹੁਤ ਹਲਕੇ ਪੂਰਵ ਸੰਕੇਤ ਦੇ ਨਾਲ-ਨਾਲ ਇਸ ਤਰੀਕੇ ਦੇ ਲਾਭਕਾਰੀ ਹੋਣ ਬਾਰੇ ਅਸਪੱਸ਼ਟਤਾ ਅਤੇ ਖਰਚਾ ਸੀ (ਮੈਡੀਕਲ ਮਾਹਿਰਾਂ ਦਾ ਗ਼ੈਰ ਸੁਹਿਰਦ ਰਵੱਈਆ)। ਪਿਤਾ ਆਪਣੇ ਇਲਾਜ ਲਈ ਜਾਇਦਾਦ ਵੇਚ ਰਿਹਾ ਹੈ (ਉੱਚ ਦਰਜੇ ਦੇ ਇਲਾਜ ਲਈ ਆਮ ਜਿਹੀ ਕਹਾਣੀ)। ਕੁੱਝ ਹੋਰ ਹਜ਼ਾਰ ਵੀ ਹੁੰਦੇ ਤਾਂ ਬਹੁਤ ਬਦਲਾਅ ਆਉਣ ਵਾਲਾ ਨਹੀਂ ਸੀ। ਕੀ ਡਾਕਟਰ ਜੋ ਕਹਿ ਰਿਹਾ ਸੀ, ਉਸ ਬਾਰੇ ਉਹ ਦੁਚਿੱਤੀ ਵਿੱਚ ਸੀ? ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਜੇਕਰ ਉਹ ਗਰੰਟੀ ਦੇਣ ਲਈ ਕਹਿੰਦੇ (ਜੋ ਆਮ ਤੌਰ ਤੇ ਸਾਰੇ ਸਮਾਜ ਵਿੱਚ ਸਮਝ ਦਾ ਤਰੀਕਾ ਹੈ, ਖ਼ਾਸ ਤੌਰ ਤੇ ਇੰਨੇ ਲੰਬੇ ਨਿਰਾਸ਼ਾਜਨਕ ਇਲਾਜ ਤੋਂ ਬਾਅਦ), ਡਾਕਟਰ ਕਦੇ ਵੀ ਜ਼ੋਰ ਦੇ ਕੇ ਨਹੀਂ ਕਹਿ ਸਕਦਾ। ਜੇਕਰ ਰਿਸ਼ਤੇਦਾਰ ਫੈਸਲਾ ਕਰਨ ਵਿੱਚ ਅਸਮਰੱਥ ਰਹਿੰਦੇ ਹਨ ਤਾਂ ਇਹ ਕਈ ਪੱਧਰਾਂ ਉਤੇ ਨਾਕਾਮੀ ਹੈ : (1) ਮਾਹਿਰ (2) ਸਮਾਜ (3) ਵਿੱਤ। ਉਮੀਦ ਹੈ ਇਸ ਕਹਾਣੀ ਤੋਂ ਕੁੱਝ ਸਬਕ ਮਿਲੇਗਾ।

ਅਜਿਹੇ ਦੇਸ਼ਾਂ ਵਿੱਚ ਜੋ ਆਮ ਤੌਰ ਤੇ ਹੋ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਉਹ ਹੈ ਜਾਣਕਾਰੀ ਦੀ ਘਾਟ ਅਤੇ ਆਮ ਲੋਕਾਂ ਵਲੋਂ ਅਜਿਹੇ ਹਾਲਾਤ ਲਈ ਪਹਿਲਾਂ ਤੋਂ ਤਿਆਰ ਨਾ ਰਹਿਣਾ ਜਿਸ ਦੇ ਨਤੀਜੇ ਵਜੋਂ ਕਿਸੇ ਇਕ ਜਾਂ ਦੂਜੇ ਕਾਰਨ ਕਰਕੇ ਹਾਸਲ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦਾ, ਤਾਂ ਸਮੱਸਿਆ ਹੋਰ ਵਧ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

ਸਿਹਤ ਸੇਵਾਵਾਂ ਦੇ ਖੇਤਰ ਵਿੱਚ, ਦੁਨੀਆਂ ਭਰ ਵਿੱਚ ਜੋ ਕੋਸ਼ਿਸ਼ਾਂ ਹੋ ਰਹੀਆਂ ਹਨ, ਖ਼ਾਸ ਤੌਰ ਤੇ ਅਮਰੀਕਾ ਵਿਚ, ਭਾਰਤ ਨੂੰ ਇਸ ਭਾਰੀ ਸਮੱਸਿਆ ਨਾਲ ਨਜਿੱਠਣ ਲਈ ਇਕ ਇਨਕਲਾਬ ਤੋਂ ਘੱਟ ਕੁੱਝ ਨਹੀਂ ਚਾਹੀਦਾ। ਇਕ ਅੰਦੋਲਨ ਜਿਥੇ ਹਰ ਵਿਅਕਤੀ ਘੱਟੋ-ਘੱਟ ਆਪਣੀ ਖ਼ੁਦ ਦੀ ਸਿਹਤ ਬਾਰੇ ਪੂਰੀ ਜਾਣਕਾਰੀ ਰਖਦਾ ਹੋਵੇ। ਵਿਗਿਆਨਕ ਦਵਾਈਆਂ ਅਤੇ ਇਲਾਜ ਦੇ ਸਧਾਰਨ ਗਿਆਨ ਵਿੱਚ ਤੇਜ਼ੀ ਆਉਣ ਤੋਂ ਬਿਨਾਂ 'ਸਿਹਤ ਹੀ ਸਭ ਤੋਂ ਉੱਤਮ ਧੰਨ ਦੌਲਤ ਹੈ' ਦਾ ਮੁਹਾਵਰਾ ਭਾਰਤੀਆਂ ਲਈ ਖੋਖਲਾ ਬਣਿਆ ਰਹੇਗਾ।

(ਲੇਖਕ ਚੇਨੱਈ ਵਿਖੇ ਨਿਊਰੋ ਆਈ ਸੀ ਯੂ, ਅਪੋਲੋ ਸਪੈਸ਼ੈਲਿਟੀ ਹਸਪਤਾਲ ਦੇ ਰਜਿਸਟਰਾਰ ਹਨ।)

ਸਫ਼ਾ 47 ਦੀ ਬਾਕੀ

ਭਾਰਤ ਨੂੰ ਅੱਗੇ ਵਧਾਉਣ ਲਈ ਕੇਂਦਰ ਅਤੇ ਰਾਜਾਂ ਵਿਚਕਾਰ ਨਜ਼ਦੀਕੀ ਸਬੰਧਾਂ ਨੂੰ ਵੀ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਏਗੀ। ਪ੍ਰਧਾਨ ਮੰਤਰੀ ਨੇ ਇਹ ਵੀ ਕਿਹਾ, "ਜੇ ਰਾਜਾਂ ਵਿੱਚ ਨਿਵੇਸ਼ ਆਉਂਦਾ ਹੈ ਤਾਂ ਇਹ ਭਾਰਤ ਵਿੱਚ ਵੀ ਆਉਂਦਾ ਹੈ। ਰਾਜ ਅਤੇ ਕੇਂਦਰ ਇਕੱਠੇ ਮਿਲ ਕੇ, ਮੋਢੇ ਨਾਲ ਮੋਢਾ ਜੋੜ ਕੇ ਇੱਕ ਟੀਮ ਵਾਂਗ ਕੰਮ ਕਰਨ। ਇਹ ਇਕੱਠੇ ਮਿਲ ਕੇ ਹੱਲ ਲੱਭਣ ਅਤੇ ਚੀਜ਼ਾਂ ਅੱਗੇ ਵਧਣ।"

ਭਾਵੇਂ ਕਿ ਮੇਕ ਇਨ ਇੰਡੀਆ ਮੁਹਿੰਮ ਦੀ ਇੱਕ ਮਜਬੂਤ ਸ਼ੁਰੂਆਤ ਕੀਤੀ ਗਈ, ਇਸ ਸਫਲਤਾ ਨੂੰ ਯਕੀਨੀ ਬਣਾਉਣਾ ਹੁਣ ਸਰਕਾਰ ਜ਼ੁੰਮੇ ਹੈ।

(ਲੇਖਕ ਦਿੱਲੀ ਵਿਖੇ ਸੁਤੰਤਰ ਪੱਤਰਕਾਰ ਹੈ।)

e-mail :sandipdas2005@gmail.com